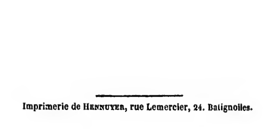
BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Hennuyer, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME QUARANTE-DEUXIÈME.



PARIS.
CHEZ LE REDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1852



BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

UN MOT SUR LA MARCHE DE NOS TRAVAUX A PROPOS DE LA QUESTION DES FIÈVRES INTERMITTENTES : DE L'EMPLOI D'UN NOUVEAU SEL DE FER DANS LE TRAITEMENT DE CES MALADIES.

Lorsqu'au commencement de chaque année nous venons jeter un coup d'œil rétrospectif sur les travaux que nous avons publiés dans le courant de l'année qui vient de finir, c'est moins, que nos lecteurs le sachent bien, pour marquer la part que, grâce à leur actif concours, le *Bulletin de Thérapeutique* a prise aux progrès croissants de l'art de guérir, que pour signaler ceux qui restent encore à accomplir, sinon pour atteindre entièrement le but élevé que nous poursuivons depuis plus de vingt années, du moins pour en approcher le plus possible. Ces sortes de résumés, si rapides qu'ils soient, marquent un point de départ nouveau, duquel, tout en constatant les acquisitions de l'art pendant l'année écoulée, nous cherchons à nous élever pour déterminer le champ des recherches qu'il s'agit maintenant de parcourir.

Jusqu'ici ces résumés généraux ont embrassé deux sortes de considérations : les unes dans lesquelles nous avons cherché à présenter quelques considérations doctrinales dans ce qu'elles ont de plus acceptable et de plus immédiatement applicable ; les autres destinées à mettre plus particulièrement en relief les points pratiques qui appellent de nouvelles recherches ou qui ont été l'objet des travaux les plus remarquables. L'article que nous avons publié récemment sur les bases de la thérapeutique nous permet de ne pas insister aujourd'hui sur les questions doctrinales, pour nous appesantir davantage sur un point pratique important.

Quel est d'ailleurs le but des systèmes et des théories ? de perfectionner l'art par la science. Mais, si élevé que soit ce but, il ne faut jamais perdre de vue que les tentatives si nombrenses qui ont été faites dans ce sens n'ont pas, à beaucoup près, réalisé les promesses ambitieuses qu'elles avaient faites, et que l'esprit de système, les théories ont été plus souvent funestes qu'utiles à la médecine pratique. « Art et science, disait récemment M. le prosseur Forget, sont deux termes égaux qui s'influencent réciproquement, avec cette différence que l'art est le principe et la fin, tandis que la science est le moyen qui vivifie, ennoblit et féconde l'art lui-même, comme à peu près l'âme anime le corps. » Non, les deux termes, bien que s'influençant réciproquement, ne sont pas égaux : l'art l'emporte de beaucoup. Indépendamment de ce qu'il existe alors que l'esprit n'a pu encore coordonner, systématiser les faits sur lesquels il repose, l'art survit à toutes les systématisations, à toutes les doctrines qui s'écroulent autour de lui ; en sorte que si la science est faite pour l'art, celui-ci ne saurait jamais s'asservir aveuglément à la science, même lorsqu'elle lève le coin du voile qui couvre la vérité ; à plus forte raison, par conséquent, lorsque nous sommes déshérités de notions claires et précises sur la nature et l'histoire des maladies. Prenons, par exemple, la question des fièvres intermittentes, une de celles que l'on a remuées le plus largement dans ces derniers temps : depuis tant de milliers d'années que les médecins observent ces fièvres, sont-ils parvenus à d'autres résultats qu'à consigner dans leurs livres les phénomènes et les résultats immédiats observés au lit du malade, et peut-on dire que nous ayons plus aujourd'hui qu'il y a deux mille ans, des notions claires sur la nature des fièvres intermittentes? Et cependant, dès qu'il y a eu des médecins, ils ont senti la nécessité de combattre la maladie, ils ont cherché des moyens propres à atteindre ce but, et, le temps et l'observation aidant, ils y sont parvenus dans certaines limites. L'histoire des fièvres intermittentes s'est à peine perfectionnée, l'art au contraire a progressé.

Profondément pénétré de la nécessité de trouver des agents thérapeutiques susceptibles d'être substitués, dans le traitement des fièvres intermittentes, aux préparations de quinquina que leur prix élevé rend à peu près inabordables aux classes pauvres de la société, non-seulement nous nous sommes fait un devoir de donner toute publicité aux expérimentations qui nous paraissaient se recommander à l'attention par leur caractère d'authenticité et d'utilité, mais encore nous avons cherché, autant qu'il a été en notre pouvoir, à tourner l'attention de nos confrères vers l'étude et la solution de ce grand problème d'économie médicale et politique. Peut-être nous rendra-t-on cette justice,

que notre voix n'a pas été sans quelque influence sur l'étude spéciale et détaillée à laquelle ont été soumises, dans ces derniers temps, les préparations arsenicales.

En insérant plus récemment dans ce journal le Mémoire de M. Aran sur l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans les fièvres intermittentes, nous avons obéi aux mêmes règles qui avaient présidé à notre conduite pour les préparations arsenicales : nous avons voulu mettre sous les yeux des praticiens des résultats thérapeutiques qui nous paraissaient dignes d'attention, et nous avons fait un appel à l'observation de ceux de nos confrères qui exercent la médecine dans les pays où la fièvre intermittente est endémique, persuadé que leur expérience ne ferait pas défaut à notre appel et que nous saurions bientôt à quoi nous en tenir relativement à la valeur du sel ammoniac comme fébrifuge.

Aujourd'hui que le mouvement des esprits est largement entraîné vers la recherche de moyens propres à remplacer le quinquina comme fébrifuge, nous croyons que quelques réflexions sont nécessaires, tant pour bien fixer ce qui doit faire le sujet des recherches, que pour rétablir quelques principes thérapeutiques qui nous paraissent devoir présider au traitement des fièvres intermittentes et que nous croyons peut-être un peu trop perdus de vue.

Il semble, à en juger du moins par les recherches que nous voyons instituer et publier chaque jour, que la seule question importante à résoudre soit de trouver un agent thérapeutique avec lequel on puisse, suivant l'expression vulgaire, *couper* les accès de fièvre, c'est-à-dire en interrompre le cours. A ce point de vue, le nombre des fébrifuges serait plus considérable qu'on ne pense ; les moyens les plus variés, les plus divers, les plus opposés même, ont réussi entre les mains des médecins, de sorte qu'on ne saurait rien conclure d'absolu de l'interruption, de la cessation momentanée des accès. Ce qui a toujours fait des préparations de quinquina le moyen le plus sûr et le plus efficace de combattre les fièvres intermittentes, c'est que ces préparations non-seulement coupent, suspendent, interrompent les accès, mais encore qu'elles en préviennent le retour d'une manière à peu près certaine, en même temps qu'elles mettent à l'abri des complications ou qu'elles les font disparaître, une fois établies. Couper les accès est donc une indication importante à remplir, l'indication actuelle, urgente dans tous les cas ; mais il en est une autre, au moins aussi importante, qui consiste à en prévenir le retour, et, par conséquent, à s'opposer au développement des complications.

Dans les pays où les fièvres intermittentes ne sont point endémi-

ques, à Paris, par exemple, il suffit, le plus ordinairement, d'avoir interrompu les accès pour voir le malade revenir rapidement à son état de santé habituel. Il n'en est plus de même dans les pays marécageux, dans les pays à fièvre. Une fois coupée, même par le quinquina, la fièvre a la plus grande disposition à se reproduire sous l'influence des causes les plus légères, et, en particulier, de l'exposition au froid, de la fatigue, des excès de table, des émotions morales, etc. C'est que l'organisme a subi une atteinte profonde, qu'il a été en quelque sorte imprégné par la cause fébrile. Tous ceux qui ont observé la fièvre intermittente dans les pays où elle est endémique ont noté cet état valétudinaire des individus qui en ont subi plusieurs atteintes, ce teint livide, jaunâtre ou verdâtre, cet affaiblissement, ce dégoût pour le mouvement, ce défaut d'appétence pour les aliments, ces douleurs dans la tête, dans le dos et dans les membres, avec engorgement de la rate et du foie, qui constituent ce que l'on désigne sous le nom de cachexie paludéenne. Mais on aurait tort de croire que la cachexie paludéenne ne s'observe que dans les contrées marécageuses et après des accès prolongés. Il est des individus chez lesquels la marche de la maladie est bien autrement rapide : après quelques accès seulement, les premiers phénomènes de la cachexie commencent à paraître, et en peu de jours la cachexie est complète.

Contre cette cachexie, les auteurs ont recommandé l'emploi prolongé des préparations de quinquina. Torti, et de nos jours MM. Bally et Piorry, ont insisté sur les avantages du sulfate de quinine à doses élevées. Bien que nous ne partagions pas entièrement sur ce point les convictions et les espérances de nos deux honorables confrères, nous reconnaissons volontiers que les préparations de quinquina sont susceptibles de rendre de grands services dans les cas de ce genre ; mais, outre qu'il y a souvent utilité à nos yeux à leur associer d'autres agents, il est évident que le traitement, ainsi institué, ne saurait être appliqué que dans les hôpitaux ou chez des malades ayant une certaine aisance. N'y aurait-il pas moyen de combattre autrement cette cachexie ? Ne pourrait-on pas lui opposer avec avantage les moyens avec lesquels on combat d'une manière si favorable des affections qui paraissent avoir avec elle de nombreux points de contact, l'anémie et la chlorose, par exemple ? Avoir fait allusion à ces maladies, c'est avoir indiqué en quelque sorte le remède ; c'est avoir nommé les préparations ferrugineuses.

On trouve déjà dans les auteurs les plus recommandables du dernier siècle, dans Sydenham, dans Stoll, la preuve qu'ils avaient compris tout le parti que l'on peut tirer des préparations ferrugineuses

comme adjuvant du quinquina. Frappé de cette analogie que nous venons d'indiquer entre l'anémie et la cachexie paludéenne, l'un des praticiens les plus distingués de notre siècle, M. Bretonneau, a recommandé l'usage de ces préparations concurremment avec celles de quinquina pour prévenir l'invasion et le retour des fièvres d'accès, et pour guérir la leuco-phlegmatie et les engorgements de la rate, qui succèdent aux fièvres d'accès. Déjà, du reste, au commencement de ce siècle, Marc avait signalé l'action fébrifuge du sulfate de fer ; Buchwald avait parlé au même titre du sous-carbonate de fer ; et plus récemment, M. le docteur Fraeys a insisté sur l'utilité de l'association du sulfate de quinine et de ce même sel de fer dans un travail important dont nous avons rendu compte dans ce journal (*Bull. de thér.*, t. XXXVI, p. 40). Aujourd'hui, nous voulons fixer l'attention sur un travail entrepris dans le même esprit par un médecin anglais, M. W. Kerr, et qui a pour but, en même temps que de prouver l'efficacité des préparations ferrugineuses dans les cachexies paludéennes, de montrer comment, de cette association au sulfate de quinine, et à la rigueur à tout autre moyen fébrifuge, peut résulter une économie considérable pour les malades.

Exerçant la médecine au Canada, sous une latitude froide, mais dans un pays fortement arrosé et pluvieux, dans lequel les marais sont très-communs et les fièvres intermittentes endémiques sous toutes les formes, M. W. Kerr s'est bientôt trouvé aux prises avec les difficultés que nous signalions en commençant cet article. Rien de plus navrant que ce tableau qu'il trace de malheureuses familles dévorées par la fièvre et laissant périr sur pied leur récolte faute de bras pour la recueillir, finissant même par quitter le pays, après avoir payé largement leur dette funèbre à cette terre inhospitalière. Rien de plus navrant aussi que cette impossibilité absolue où se trouve le médecin de faire usage du sulfate de quinine chez des malheureux émigrants, réduits presque tous à la misère la plus profonde. Notre honorable confrère était donc bien excusable de chercher s'il ne trouverait pas dans la thérapeutique le moyen de mettre les malades à l'abri de ces terribles récidives de la fièvre intermittente et de la cachexie qui en est la conséquence.

Ayant appelé le premier l'attention sur un sel de fer qu'il a nommé per-sesqui-nitrate de fer (1), M. W. Kerr fut amené, en quelque sorte

(1) Nous croyons utile de donner ici de nouveau le mode de préparation du per-sesqui-nitrate de fer :

Pr.	Fil de fer du n° 17	32 gramm.
	Acide nitrique	96 gramm.
	Eau	3,500 gramm.

Mêlez l'acide nitrique avec 450 grammes d'eau dans un vase de terre ou

par hasard, à reconnaître les précieux avantages des ferrugineux et de ce sel en particulier. Il donnait des soins à une personne affectée d'une maladie de la peau, et chez laquelle il se proposait d'employer à l'intérieur le per-sesqui-nitrate de fer, lorsqu'elle fut prise d'une fièvre intermittente. Dans l'apyrexie, M. Kerr lui fit donner un peu de calomel, 0,75 de sulfate de quinine, et trois petites cuillerées de per-sesqui-nitrate de fer dans les vingt-quatre heures ; l'accès ne revint pas ; on continua le per-sesqui-nitrate ; l'appétit et la faim reparurent, et l'éruption cutanée guérit parfaitement.

Dès ce moment, M. Kerr et son ami M. Macpherson ont administré le per-sesqui-nitrate de fer, tantôt seul, tantôt mélangé au sulfate de quinine, dans plus de cinq cents cas et avec le succès le plus remarquable, principalement au point de vue de la cessation do la cachexie et de la consolidation do la constitution, qui résiste alors aux causes qui faisaient le plus ordinairement reparaître la fièvre. Les faits cités par notre honorable confrère sont trop nombreux pour que nous puissions les consigner tous ici. Il en est un, cependant, qui est assez curieux pour que nous le rapportions en quelques mots.

Sur les bords du lac Ontario, on a fondé un asile pour les orphelins, et une école de charité qui comptent, l'un de 20 à 30 enfants, l'autre de 80 à 90. La fièvre était très-répandue parmi eux, et l'on employait communément, pour la couper, une solution arsenicale avec la teinture de gentiane. Cette médication avait pour effet de suspendre les accès pendant un certain temps, mais sans guérir radicalement la maladie; car, à la première exposition au froid ou à la pluie, les accès reparaissaient. Dans l'intervalle, les enfants étaient languissants, valétudinaires, au teint jaunâtre, sujets à la céphalalgie, à des douleurs dans les membres et dans le dos, sans appétit. A la moindre pluie, un certain nombre d'entre eux avaient des rechutes. Au mois d'octobre 1849, M. Kerr fit prendre le per-sesqui-nitrate de fer à tous les enfants qui avaient ou qui avaient eu la fièvre. Quinze de la première catérogie furent ainsi guéris, et trente-sept autres, qui étaient valétudinaires et anémiques, reprirent leur appétit, leur embonpoint et leur coloration sous l'influence de l'administration prolongée de ce sel ; et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que depuis cette époque les enfants,

de verre; jetez-y le fil de fer coupé en plusieurs morceaux et replié afin qu'il puisse s'étendre dans le liquide et y saturer l'acide; placez le vase dans un endroit assez chaud. Huit ou douze heures après, la solution est complète; on décante; il reste un peu de fer en excès, et on ajoute à la solution la quantité d'eau restante pour porter la solution à 3,800 grammes environ.

revenus à un état de santé parfaite, ont pu, sans inconvénient, n'être plus entourés de toutes les précautions qu'inspirait la crainte de voir se reproduire les accès fébriles.

Quelques mots maintenant sur le mode d'administration : si le malade a des accès de fièvre, M. Kerr lui fait prendre dans l'apyrexie 0,50 grammes de sulfate de quinine en deux ou trois prises, à savoir, une la veille au soir de l'accès, et les deux autres le matin même du jour où l'accès est attendu, à deux heures d'intervalle l'une de l'autre, et chacune avec une petite cuillerée à café de per-sesqui-nitrate de fer. Le plus ordinairement, ce traitement prévient le retour de l'accès. Pour traitement ultérieur, on donne au malade trois petites cuillerées à café de per-sesqui-nitrate dans les vingt-quatre heures, chacune une heure avant le repas. Chez quelques malades, le sulfate de quinine ne suspend les accès que pour une quinzaine de jours, et il convient de leur redonner la quinine à cette époque, tout en continuant le sel de fer. Il en est même chez lesquels il faut y revenir une troisième fois, quinze autres jours après, pour les mettre tout à fait à l'abri des récidives. Mais dans la moitié des cas environ, une dose de quinine et l'emploi prolongé du sel de fer suffisent à la guérison. J'ai vu, dit M. Kerr, chez un adulte et chez plusieurs enfants, les accès être coupés et la maladie parfaitement guérie par le per-sesqui-nitrate seul; mais ce sont là, ajoute-t-il, des exceptions auxquelles il ne faudrait pas donner trop d'importance.

Si le médecin est appelé pendant l'accès, M. Kerr conseille de donner deux ou trois cuillerées de per-sesqui-nitrate, ayant observé, dit-il, que l'on abrége ainsi considérablement la durée des maux de tête, des douleurs dans le dos et dans les membres, et qu'on calme et fait cesser même les vomissements. Il est bien entendu que, pendant la durée de ce traitement, les malades doivent éviter avec soin la fatigue et l'exposition à la pluie, jusqu'au moment où leur santé et leurs forces seront rétablies. Il faut aussi avoir soin de surveiller la liberté du ventre ; il est rare, cependant, que le sel de fer produise de la constipation.

Dans la cachexie paludéenne proprement dite, sans accès fébriles, le per-sesqui-nitrate, employé seul, rend en quelques jours au malade la conscience de la santé, et amène une guérison complète dans un intervalle de temps qui varie entre quatre et six semaines.

Tels sont les faits publiés par M. Kerr ; ils sont dignes de fixer l'attention de nos confrères, et principalement de ceux qui pratiquent dans des contrées paludéennes. Il reste à savoir si le per-sequi-nitrate de fer possède une supériorité réelle sur les autres préparations ferrugineuses ; c'est ce que des expériences comparatives ne manqueront pas

de nous apprendre avant peu, il faut l'espérer ; mais ce qui est mis hors de doute, hors de toute contestation, c'est l'efficacité remarquable des préparations ferrugineuses pour combattre la cachexie paludéenne et ses conséquences fâcheuses.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE, NOTAMMENT PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

Il est d'observation que les moyens thérapeutiques les plus simples, quelle que soit leur efficacité, ont généralement peu de succès auprès des praticiens. Je ne veux pas déduire ici les causes de ce phénomène ; il me suffira de dire que c'est autant la faute du public que celle des médecins. Il en résulte que, chercher à simplifier les procédés de l'art, c'est, en général, accomplir une œuvre peu glorieuse, puisqu'elle doit aboutir à une espèce d'avortement. Mais dussent nos bonnes intentions n'avoir pour résultat que de nous rendre utile, par hasard, à quelques individus, que ce serait encore pour nous un devoir de vulgariser le produit de notre expérience.

On sait quelles sont les difficultés, les obscurités dont les ophthalmologistes ont environné, comme à plaisir, l'histoire pathologique et thérapeutique de l'ophthalmie. Pour nous en tenir à la simple conjonctivite, combien de variétés étiologiques et symptomatiques n'a-t-on pas créées, quelle multiplicité de remèdes prétendus spéciaux n'a-t-on pas inventés ! comme si la pathologie de la muqueuse oculaire ne relevait pas de la pathologie des muqueuses en général ; comme si pour l'appareil oculaire, ni plus ni moins que pour tous les autres, le médecin instruit n'était apte à connaître et à appliquer les modifications curatives qui relèvent des particularités de structure et de fonctions de l'organe affecté ! On a beau déverser le ridicule sur les médecins encyclopédistes, ainsi qu'on les appelle ; ce sont eux qui ont fait faire les progrès les plus réels aux spécialités, comme on dit encore ; et, pour rester dans l'espèce, personne n'ignore que les plus grands ophthalmologistes ont été en même temps de grands chirurgiens, c'est-à-dire de grands médecins, plus l'œuvre de la main. La médecine générale a, dans tous les cas, une grave mission, c'est de signaler, de réprimer les excentricités, les témérités, les erreurs où conduisent nécessairement l'ignorance ou l'oubli des grands principes de la science et le besoin de se singulariser qui travaille naturellement les praticiens qui, volon-

tairement, se circonscrivent dans les limites d'un organe. On voit que ceci ne s'adresse pas aux médecins qu'une aptitude exceptionnelle a rendus très-habiles sur quelques points du domaine médical dont ils cultivent l'ensemble.

L'ophthalmie externe, ou la conjonctivite, est une maladie très-fréquente, que tous les praticiens ont occasion d'observer, que tous doivent savoir traiter. Pourtant il règne encore beaucoup de vague sur la thérapeutique d'une affection si vulgaire. Il est cependant des principes généraux faciles à saisir, et dont on se laisse distraire par l'espèce de solennité, de mysticisme même dont l'histoire de cette maladie est environnée. Aiguë, c'est-à-dire récente, et d'une certaine intensité, l'ophthalmie doit être attaquée, comme toutes les inflammations, d'abord par les évacuations sanguines, les émollients, les sédatifs, les révulsifs cutanés et intestinaux, etc. Mais il est d'observation que l'empire des antiphlogistiques directs cesse de bonne heure, et qu'il convient d'arriver promptement à d'autres méthodes, notamment à l'emploi des astringents, dans le traitement de la conjonctivite. Cela ne peut tenir qu'à cette particularité d'organisation de la muqueuse oculaire qui fait que ses capillaires injectés perdent promptement de leur ressort, et restent engorgés comme passivement, même pendant la durée de l'inflammation encore aiguë. C'est donc particulièrement parmi les astringents que les ophthalmologistes ont choisi leurs arcanes, et les collyres, et les pommades *antiophthalmiques* ne sont ni moins nombreux ni moins accrédités que les onguents pour la brûlure. Nous ne résistons pas au désir de placer sous les yeux du lecteur le relevé, fort incomplet encore, des pommades et des collyres répandus dans les livres classiques. La plupart portent le nom de leurs auteurs, d'autres celui de leur action supposée ou réelle, d'autres enfin de leur composition.

Pommades de Desault, de Rust, de Lyon, de Scarpa, de Guthrie, de Schmith, de Clarus, de Ritterich, de Caron, d'Armstrong, d'Allen, de Velpeau, etc. Pommades résolutive, astringente, calmante, etc. Pommades mercurielle, saturnine, vitriolée, opiacée, belladonée, etc.

Les *collyres* sont encore plus variés : collyres de Richter, d'Ammon, de Beer, de Fischer, de Græfe, de Rust, de Boerhaave, d'Erard, de Fricke, de Plenk, de Brun, de Bénédict, d'Hufeland, de Lebeinstein, de Fernandez, de Gimbernat, d'Helvétius, de Himly, de Juncken, de Krimer, de Neumann, de Scarpa, de Vogt, de Starck, de Tenque, de Tunnermann, etc. Collyres adoucissant, émollient, anodin, narcotique, calmant, astringent, styptique, excitant, stimulant, fortifiant, tonique, résolutif, détersif, discussif, cathérétique, antiscrophuleux, antivénérien, etc. Collyres alumineux, alcoolisé, camphré, opiacé, vi-

triolé, boraté, ioduré, mercuriel, saturnin, safrané, ammoniacal, cuivreux, de zinc, de sels fondus, etc. Collyres bleu, rouge, etc., etc.

En dégageant la plupart de ces composés mystérieux de leur caractère occulte et trop souvent charlatanesque, on voit qu'en définitive ils ont pour base des modificateurs appartenant à la thérapeutique générale, agissant par les propriétés que ces modificateurs révèlent à l'égard des autres tissus et des autres muqueuses : ce sont principalement des sels de plomb, de zinc, d'alumine, de cuivre, de mercure, d'argent; l'opium, la belladone, le camphre, le safran, l'alcool, l'ammoniaque, l'iode. Tous ces composés sont, selon leurs ingrédients, émollients, astringents, calmants, toniques, stimulants, résolutifs, etc., tout comme les mêmes médicaments appliqués aux autres organes. Il ne faut donc pas se laisser éblouir par cette effrayante nomenclature, vu que tous ces topiques sont, pour la plupart, succédanés les uns des autres et se valent réciproquement. Il suffit d'en choisir quelques-uns à son usage, et nous conseillons de préférer les plus simples.

Parmi les topiques indiqués contre l'ophthalmie, il en est qui sont plus généralement usités les uns que les autres. Parmi ceux dont les praticiens font le plus d'usage sont : l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, le protochlorure et le bichlorure de mercure, le nitrate d'argent surtout; puis l'opium, la belladone, etc.

Une conjonctivite ordinaire étant donnée, voici le système de traitement généralement employé : saignées générales et locales, s'il y a lieu. Topiques émollients : infusions de fleurs de guimauve, de sureau, de mélilot, de coquelicot (*ad libitum*); cataplasmes de farine de riz, de mie de pain, de pulpe de pomme, de fromage blanc, etc. Puis on vient à l'emploi des astringents : solutions légères de sous-acétate de plomb, de sulfate de zinc, d'alun, dans l'eau simple ou l'eau distillée de roses. On y joint volontiers quelques sédatifs : laudanum, extrait d'opium, acétate de morphine, extrait de belladone, atropine, etc. Ici se présente la période d'élection pour l'emploi des révulsifs externes : ventouses, vésicatoires aux tempes et à la nuque; et pour les révulsifs internes : calomel ou autre purgatif. Plus tard on a recours aux instillations de laudanum entre les paupières, ou mieux au collyre de sublimé (5 à 10 centigrammes de bichlorure mercurique par 30 ou 60 grammes d'eau distillée); ou bien au collyre de nitrate d'argent (d'un vingtième à un cinquième de nitrate d'argent dans l'eau distillée). Le nitrate d'argent, ce remède si précieux dans les affections des muqueuses en général, peut être employé à toutes les périodes de l'ophthalmie; mais il est bon, je crois, pour les cas d'une certaine intensité, de ne l'employer qu'*après* la première période d'acuité. Bien qu'il

soit généralement préférable au sublimé, j'ai vu des cas exceptionnels où celui-ci s'est montré plus efficace ; tel est le suivant :

Au printemps de l'année 1848, vint à la clinique un homme de quarante ans, affecté de fièvre typhoïde. La maladie ayant cédé au traitement par l'expectation, c'est-à-dire aux antiphlogistiques, moins les saignées, dans le courant de la convalescence il se déclara spontanément une conjonctivite de l'œil gauche qui, malgré les saignées locales, les émollients, les vésicatoires, les purgatifs, les onctions mercurielles belladonées sur les paupières, etc., prit la forme du chémosis. Les cautérisations avec le nitrate d'argent, liquide et solide, les scarifications même demeurèrent sans succès. Le traitement durait depuis plusieurs semaines et nous désespérions d'obtenir la guérison, lorsque nous essayâmes le collyre de sublimé, que nous jugions cependant moins efficace que le nitrate d'argent. L'œil fut baigné trois fois par jour, au moyen d'une œillère, dans une solution de 5, puis de 10 centigrammes de bichlorure mercurique dans 30 grammes d'eau distillée. A notre grande satisfaction, et non sans surprise, nous vîmes le bourrelet muqueux s'affaisser de jour en jour, et l'œil reprendre son aspect naturel en moins de deux septénaires.

Ce fait prouve, une fois de plus, que des remèdes même inférieurs à d'autres peuvent, dans certains cas, procurer des succès inespérés, là où de plus puissants moyens ont échoué. (Nous ne connaissions pas alors les avantages de l'occlusion palpébrale.)

En exposant, dans l'ordre que nous croyons être celui de leur application rationnelle, les procédés curatifs de la conjonctivite, nous avons dit ce que nous faisons nous-même, pensant être l'interprète de la généralité des praticiens. A ce traitement général peuvent être ajoutés quelques moyens accessoires, selon l'occurrence : telles sont les onctions de pommade mercurielle sur le front et les tempes, l'extrait de belladone en onctions sur les paupières ou en collyres, notamment dans les cas de contraction de la pupille, de photophobie, etc.

Cela doit s'entendre de la conjonctivite simple, ordinaire ; car lorsqu'il s'y joint certaines complications, telles que le chémosis rebelle, les taches de la cornée, la kératite ulcéreuse, etc., d'autres procédés sont indiqués, dans le détail desquels nous ne voulons pas entrer ; d'autant mieux que ces procédés exceptionnels (scarifications, excisions, cautérisations) ne sont pas toujours indispensables, comme nous le prouverons par des faits.

Nous ne voulons pas entrer non plus dans l'histoire des ophthalmies dites spécifiques (épidémique, blennorrhagique, scrofuleuse, etc.). Nous ne dirons qu'un mot de l'ophthalmie dite rhumatismale, comme

exemple des mystifications que nous apportent parfois les spécialités. Il y a quelque vingt ans, on a prétendu que la conjonctivite de cause rhumatismale différait des autres par une disposition anatomique particulière des vaisseaux injectés, qui alors affectaient la forme longitudinale, mince, radiée, concentrique, annulaire, au lieu d'être sinueuse, variqueuse, aréolaire, diffuse, comme dans la conjonctivite ordinaire. Ainsi la cause avait le pouvoir de changer la structure anatomique des vaisseaux de la conjonctive ! Cette énormité eut pourtant du succès, mais elle n'a pas résisté aux attaques du bon sens personnifié dans le professeur Sanson, de regrettable mémoire, un encyclopédiste qui fit voir que l'ophthalmie dite rhumatismale n'offrait une vascularisation particulière que parce qu'elle siége dans un tissu particulier, la sclérotique, dont la phlogose offre, en effet, l'aspect vasculaire indiqué.

Nous ferons observer pourtant, au point de vue du traitement, que même les ophthalmies spécifiques ne diffèrent guère de l'ophthalmie ordinaire, quant aux indications locales ; ce sont les mêmes moyens appliqués avec plus ou moins d'énergie, plus l'indication de combattre la cause spécifique qui entretient l'inflammation. Ainsi, cautérisation vigoureuse, excision hardie pour l'ophthalmie blennorrhagique, l'utilité des mercuriaux n'existant que pour les cas de vice vénérien constaté ; nitrate d'argent, sublimé, opium, belladone, pour l'ophthalmie scrofuleuse, plus le traitement général par les toniques, les iodés, l'huile de foie de morue; et quant à l'ophthalmie rhumatismale, le spécifique est encore à trouver, tout comme pour le rhumatisme lui-même, quoi qu'on ait dit des effets merveilleux du colchique, en tant que simple altérant, car comme purgatif, ses effets sont manifestes.

Aux moyens que nous venons d'exposer et qui forment l'arsenal ordinaire de la thérapeutique antiophthalmique, nous nous sommes réservé d'en joindre deux autres moins usités et pourtant non moins efficaces que les précédents : ce sont les applications froides et surtout l'occlusion des paupières, procédés qui ne sont pas nouveaux, sans doute, mais qui ne sont pas, nous en sommes convaincu, appréciés à leur juste valeur.

L'application du froid est bien, on en conviendra, une émanation de la médecine et surtout de la chirurgie encyclopédique. En effet, l'universalité actuelle de son usage et les beaux résultats qu'en obtient tous les jours, dans une foule de cas, la pratique médico-chirurgicale, devaient nécessairement conduire à son emploi dans les maladies des yeux. Les chirurgiens savent que les applications froides sont éminemment utiles dans les cas de contusion, de blessures de toute espèce intéressant le globe oculaire et ses dépendances. Eh bien! elles

ne sont pas moins directement et fréquemment indiquées dans les cas d'ophthalmie spontanée, externe ou interne, à tous les degrés, depuis le taraxis ou la simple injection initiale, jusqu'au chémosis ou carnification de la conjonctive. Nous parlons d'applications, et non de simples lotions, car ici trois conditions sont nécessaires : 1° application permanente ; 2° renouvellement du topique réfrigérant, lorsqu'il commence à s'échauffer ; 3° continuation du moyen jusqu'après cessation complète des accidents à combattre. Ces applications sont des plus simples : il s'agit de maintenir sur l'œil affecté une compresse de linge fin, en plusieurs doubles, imbibée d'eau à la température ambiante. Dans certains cas exceptionnels, l'eau glacée ou la glace même peuvent être indiquées ; mais, en général, dans les cas médicaux, l'eau simple suffit. Il est à peu près inutile d'y ajouter des principes astringents (vinaigre, acétate de plomb, alun) la température étant le seul élément invoqué en pareille circonstance. Depuis le peu de temps que nous nous sommes avisé d'en faire un usage suivi, nous en avons obtenu de très-bons effets dans plusieurs cas de simple injection, d'inflammation vive, de douleur, de photophobie, même de blennorrhée oculaire. Dans les cas mêmes où, d'ordinaire, les topiques liquides sont mal supportés, c'est-à-dire dans les ophthalmies avec relâchement des tissus (conjonctivites chroniques, œdémateuses, scrofuleuses), ces applications peuvent encore être utiles, le froid corrigeant, et au delà, les inconvénients de l'humectation.

Mais il est à remarquer que l'application du froid, telle que nous venons de la décrire, implique nécessairement l'occlusion des paupières. Or, un doute surgit dans notre esprit, c'est à savoir si cette occlusion ne joue pas le rôle principal dans les heureux résultats de la réfrigération. L'analogie, non moins que les faits, vient à l'appui de l'efficacité réelle des applications froides ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans beaucoup de cas, la simple occlusion des paupières suffit à la résolution de l'ophthalmie. Nos expériences ne laissent aucun doute à cet égard (1) ; nous pensons donc que la réfrigération, bien qu'indiquée par l'ophthalmie elle-même, convient surtout comme adjuvant ou annexe de l'occlusion palpébrale, alors qu'à l'hyperhémie oculaire se joignent certains accidents, tels que chaleur, douleur vive, rougeur et gonflement des paupières, etc.

(1) Peut-être en est-il de même du vésicatoire appliqué sur les paupières, moyen violent, chanceux, rarement usité dans la simple ophthalmie, et pour lequel on pratique nécessairement l'occlusion des paupières, circonstance qui nous paraît devoir entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats.

Quant à l'occlusion palpébrale envisagée isolément, elle répond, *à priori*, aux indications primitives, naturelles, en quelque sorte, de l'ophthalmie externe. En effet, n'est-il pas vrai que le repos de l'organe est la condition première de tout traitement antiphlogistique? Dans les maladies des yeux, tous les praticiens sont d'accord pour placer les malades dans l'obscurité. Or, l'obscurité absolue, permanente, résulte immédiatement et sans embarras, de l'occlusion palpébrale. N'est-il pas vrai qu'une autre condition primordiale du traitement rationnel est de soustraire l'organe enflammé au contact des corps extérieurs, toujours plus ou moins irritants? Eh bien ! l'occlusion des paupières soustrait l'œil au contact, non-seulement de la lumière, mais encore de l'air extérieur, des corpuscules ambiants, etc. N'est-il pas vrai que le praticien est heureux de pouvoir maintenir les organes phlogosés dans une température tiède, humide, égale, analogue, autant que possible, à la température même du corps? Telle est celle que procure au globe de l'œil irrité l'occlusion des paupières. Il est un autre avantage attaché à ce procédé, c'est la compression douce, égale, permanente, *naturelle*, que les paupières exercent sur la conjonctive rugueuse, tuméfiée, boursouflée, et qui répond mieux qu'aucun autre moyen à l'indication même de la compression érigée en méthode par quelques auteurs; d'autant mieux que la compression artificielle, si besoin est, peut être ajoutée à cette compression naturelle, lorsqu'on la juge insuffisante. Voilà certes bien des motifs éminemment rationnels qui militent en faveur de l'occlusion palpébrale. Mais l'observation, la pratique elle-même, vient merveilleusement à l'appui de la théorie, et dans les faits, en petit nombre il est vrai, que nous possédons déjà, nous n'avons pas encore rencontré d'exception à la règle, et l'on va voir que l'occlusion palpébrale nous a réussi dans des cas en quelque sorte désespérés. Je ne citerai pas les observations d'ophthalmies récentes et légères où quelques jours d'occlusion palpébrale ont suffi pour procurer la résolution. J'arrive d'emblée à des cas très-graves où le résultat a de beaucoup dépassé nos espérances.

Une dame de trente-huit ans, de constitution sanguine-lymphatique, modiste, travaillant habituellement à la lumière et à des objets délicats, a eu de fréquentes ophthalmies scrofuleuses dans sa jeunesse. Il en est résulté une tache opaque, de quatre à cinq millimètres de largeur, occupant le segment externe de la cornée transparente de l'œil droit. Au centre de la tache existe un point transparent, du diamètre d'un grain de millet, ressemblant à une bulle d'air, sauf élévation audessus du niveau de la tache, et qui nous paraît être manifestement produite par une petite hernie de l'humeur aqueuse à travers la cor-

née. L'iris n'est pas altéré, et la vision s'exerce par le segment interne de la cornée. La tache cornéenne est le centre, ou mieux le point affluent d'une forte injection de la conjonctive sclérotieale, formée par des faisceaux de capillaires volumineux, variqueux, serrés, qui vont en s'amincissant de la tache à la circonférence du globe de l'œil. Cette injection est habituelle, mais légère, et elle prend assez fréquemment plus de gravité, cause de la douleur, de la photophobie, et oblige la malade à réclamer les secours de l'art, comme au moment actuel. Beaucoup de moyens, y compris la cautérisation par le nitrate d'argent, ont été mis en usage pour débarrasser la malade de cette infirmité qui la force à garder le repos pendant de longs intervalles. Elle était affectée depuis plusieurs jours de cette recrudescence, lorsqu'elle vint réclamer mes soins, en septembre dernier. Les instillations de laudanum, qui la soulageaient ordinairement, sont restées sans succès. Nous prescrivons une application de dix sangsues à la tempe, collyre d'infusion de fleurs de guimauve, avec addition de laudanum (10 gouttes par 30 grammes), onction de pommade belladonée (4 grammes d'extrait pour 20 grammes d'axonge), autour des paupières.

Le lendemain, le soulagement n'est pas prononcé. Nous prescrivons alors l'occlusion des paupières au moyen d'un bandeau, et la continuation de la pommade belladonée. Le jour suivant, l'amélioration est manifeste. L'occlusion palpébrale est continuée, et le troisième jour, l'injection de la conjonctive est réduite à des proportions même moindres que celles de l'état habituel ; si bien que nous renonçons à cautériser les vaisseaux à leur point d'immersion dans la tache cornéenne, comme nous nous proposions de le faire. La malade n'a jamais éprouvé de soulagement aussi prompt. Nous lui commandons de tenir l'œil fermé pendant quelques jours encore, et de recourir au même moyen dès qu'elle verra l'ophthalmie se reproduire de nouveau. Quelques médecins lui avaient proposé de cautériser la tache elle-même. Nous en avons dissuadé la malade, dans la crainte que la cautérisation ne rompît la petite vésicule formée par la hernie de l'humeur aqueuse et n'amenât l'évacuation de cette humeur et les graves accidents qui pourraient s'ensuivre.

J'avoue qu'en prescrivant ici l'occlusion palpébrale, je ne m'attendais pas à un résultat aussi satisfaisant, l'injection étant entretenue par une cause permanente, la tache de la cornée.

Le cas suivant, plus ordinaire et plus grave, n'en est que plus important à considérer.

Un homme de trente-cinq ans, d'assez bonne constitution, journalier, entre à la clinique en mai 1851, affecté d'ictère simple depuis

plusieurs jours. Il est mis à l'usage des délayants : limonade, lavements, bains, etc. A quelques jours de là, nous sommes frappé de la couleur verdâtre de l'iris de l'œil gauche, contrastant avec la couleur bleue de l'iris droit. Nous nous demandons si cette couleur anormale n'est pas le produit de la suffusion ictérique de l'humeur aqueuse ou de l'iris lui-même. Nous trouvons cependant étonnant que l'œil d'un seul côté soit ainsi coloré. Le malade assure que cet état n'est pas habituel ; il n'éprouve d'ailleurs aucune altération de la vision. Bientôt la conjonctive du même côté s'injecte graduellement et la rougeur succède à la teinte ictérique qu'offrait la sclérotique. C'était là, sans contredit, un des plus beaux cas d'ophthalmie *bilieuse* qu'il soit possible de rencontrer. Mais nos idées bien arrêtées sur l'innocuité de la bile, ou plus exactement, de la matière colorante biliaire répandue dans l'économie, nous firent considérer cette ophthalmie comme purement accidentelle et indépendante de l'ictère. En effet, l'ictère marche à la résolution, les téguments reprennent leur couleur normale, et cependant l'ophthalmie ne fait que s'aggraver. Nous remarquons alors que l'iris de l'œil malade est resté verdâtre et que la pupille s'est rétrécie ; nous en concluons que nous avons affaire à un iritis et non à une suffusion bilieuse intrà-oculaire.

Nous traitons successivement l'ophthalmie par tous les moyens rationnels classiques : sangsues aux tempes, pommade mercurielle belladonée, collyres émollients, laudanisés ; puis avec le sublimé, le nitrate d'argent ; vésicatoire à la nuque, purgatifs répétés, etc. L'ophthalmie persiste en s'aggravant ; elle prend la forme du chémosis. La conjonctive forme un pannus lardacé, rutilant, de trois millimètres d'épaisseur, au centre duquel la cornée verdâtre et la pupille rétrécie apparaissent comme déprimées. Après plusieurs semaines de tentatives variées, j'allais recourir à l'excision ; mais, auparavant, je voulus essayer de l'occlusion palpébrale.

Encore ici le résultat dépasse nos espérances, et nous vîmes en peu de jours le bourrelet s'affaisser et la conjonctive reprendre graduellement son état normal. En même temps l'iris avait repris sa couleur bleue et la pupille s'était sensiblement élargie ; cependant elle resta longtemps plus étroite que celle du côté opposé.

Ce fait, si remarquable par ses diverses circonstances, et sur lequel nous avons tout particulièrement appelé l'attention de nos élèves, ne laisse aucun doute sur l'étonnante efficacité, manifestée dans ce cas, de l'occlusion palpébrale. Ce qui s'est passé du côté de l'iris nous porte à penser que l'occlusion des paupières pourrait être réellement utile dans bien des cas d'ophthalmie interne.

Le fait suivant, quoique moins frappant que les précédents, comporte néanmoins un certain intérêt.

Une fille de vingt ans, chétive, lymphatique, affectée depuis longtemps de diarrhée, entre à la clinique en octobre dernier. Après quelques jours de traitement par la diète, les émollients et les opiacés, la diarrhée disparaît; mais il survient une forte injection de la conjonctive des deux côtés. Un collyre de décoction de guimauve et de pavot reste sans effet. Le troisième jour, la conjonctivite a déjà pris les caractères d'un chémosis œdémateux ; c'est-à-dire que l'injection sanguine et l'infiltration séreuse ont à la fois envahi toute la conjonctive qui, des deux côtés, forme autour de la cornée transparente un épais bourrelet rouge et transparent. On voit rarement le chémosis se produire avec autant de rapidité. Nous prescrivons alors l'occlusion des paupières et des compresses d'eau froide maintenues sur les deux yeux.

Le lendemain il y a diminution notable du chémosis. Son caractère œdémateux nous paraissant être une contre-indication aux applications humides, nous nous bornons à la simple occlusion palpébrale au moyen d'un bandeau.

Bien que la malade ne suivît pas exactement nos prescriptions et se découvrît les yeux plusieurs fois dans la journée, le chémosis n'en diminua pas moins chaque jour, et au bout d'un septénaire la résolution fut complète.

Je doute que par un autre moyen on fût arrivé à un résultat aussi prompt et aussi complet, dans une ophthalmie qui procédait d'une manière si rapide. On a vu qu'ayant cru devoir supprimer l'eau froide, la maladie n'en a pas moins marché vers la résolution ; ce qui semble prouver que dans les cas d'applications froides permanentes, l'occlusion palpébrale pourrait bien être un élément puissant, sinon l'élément principal de la guérison.

L'occlusion palpébrale est surtout applicable à l'ophthalmie d'un seul côté ; car dans l'ophthalmie double, il est très-pénible pour les malades de se voir condamnés à la cécité absolue par l'occlusion des deux yeux, et la plupart manquent de docilité suffisante pour s'y soumettre. Néanmoins, même dans ces cas, on vient de voir que ce procédé manifeste sa puissance.

Il est de précepte, dans les cas d'affection aiguë, même d'un seul œil, de condamner le malade à l'obscurité. Mais il nous a semblé que cette manière d'agir, fort utile sans doute, n'est pas rigoureusement nécessaire dans l'ophthalmie d'un seul côté. Toujours est-il que nous avons permis, sans de notables inconvénients, à nos malades de se servir de l'œil sain.

Dans les cas où l'occlusion de l'œil est jugée nécessaire, on a conseillé, dans ces derniers temps, de la maintenir en accolant les cils au moyen du collodion. Cette pratique n'est pas toujours convenable, car il importe souvent d'inspecter journellement le globe de l'œil, pour juger de son état et pourvoir aux accidents qui pourraient se produire, tels que les ulcérations de la cornée, etc.

Je ne sais si les autres genres de conjonctivite (rhumatismale, scrofuleuse, vénérienne, épidémique, etc.) se trouveraient aussi bien de l'occlusion palpébrale ; je crois pourtant qu'on pourrait en essayer dans certains cas, ne serait-ce que comme adjuvant des autres moyens. Lorsque la sécrétion mucoso-purulente est abondante, il y aurait lieu de craindre que la matière ne s'accumulât sous les paupières et n'y produisît des ravages ; mais alors il suffirait de déterger l'œil, de temps en temps, au moyen de pressions, de lotions, d'injections convenables, en le tenant fermé le reste du temps.

En produisant ces faits et ces considérations, nous n'avons pas, je le répète, la prétention d'annoncer rien de nouveau ni de bien ingénieux ; notre but est seulement de généraliser l'emploi d'un procédé très-simple, trop simple peut-être, et qui est ordinairement négligé, sans doute parce qu'on en ignore toute l'efficacité. Ce n'est pas à dire pourtant qu'il doive toujours réussir et faire oublier les autres ressources de l'art ; et quant à sa valeur relative, nous ne pouvons qu'en appeler à l'expérience ultérieure de nos habiles confrères, si toutefois nous sommes assez heureux pour leur avoir inspiré le désir d'en essayer.

Prof. Forget.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA PORTION ALVÉOLAIRE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Nos traités de chirurgie les plus modernes, en décrivant les fractures du maxillaire inférieur, font à peine mention de celles du bord alvéolaire de cet os. M. Malgaigne, dans son savant traité des fractures, se borne à en indiquer la possibilité. Dans quelques ouvrages consacrés à la chirurgie dentaire, et en particulier dans celui de Gariot, il est dit que des tentatives faites pour extraire des dents barrées ou adhérentes ont quelquefois causé des lésions très-étendues de cette nature, mais il n'est donné aucun détail sur le traitement qu'elles ont nécessité.

Cependant ce point de pratique chirurgicale est intéressant à étudier ; car, indépendamment de la lésion du tissu osseux, dont il importe d'apprécier les conséquences possibles, il reste encore à connaître l'in-

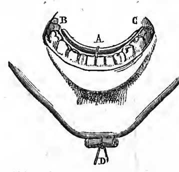
fluence de cette lésion sur les dents elles-mêmes. En effet, la fracture du bord alvéolaire ne peut avoir lieu sans que les vaisseaux et les nerfs, destinés aux dents que le fragment supporte, soient déchirés. Dès lors ces ostéides ne vivent plus que par leurs connexions avec le périoste alvéolo-dentaire. Il est difficile de dire si, dans ces conditions nouvelles, ils ne doivent pas finir tôt ou tard par se séparer de l'os et tomber. A ce titre, ainsi que par le procédé nouveau que j'ai dû mettre en usage, le fait suivant m'a paru digne d'être communiqué à la Société de chirurgie.

Un voiturier âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution athlétique, est renversé dans une rixe et reçoit plusieurs coups de pied sur la figure. Relevé sans connaissance, il est immédiatement conduit à l'hôpital Beaujon. Le lendemain à la visite, je constatai un gonflement considérable de la partie inférieure du visage. Au-dessus du menton existaient deux plaies contuses, dont une à concavité supérieure, paraissait évidemment due à un coup de talon de botte. Ce qui fixa plus spécialement mon attention, ce fut une fracture transversale du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, de l'étendue de quatre travers de doigt environ. Le fragment détaché de l'os était lui-même divisé en deux portions ; l'une, plus volumineuse, supportait les quatre dents incisives et la canine gauche ; l'autre, placé à gauche de celui-ci, supportait la première petite molaire, l'espace destiné à la seconde, qui manquait depuis plusieurs années, et enfin la première grosse molaire. Ces deux fragments très-mobiles ne tenaient au corps de l'os que par l'intermédiaire de la muqueuse gingivale déchirée en quelques points. Ainsi, il existait une fracture du bord alvéolaire répondant à huit dents, et les fragments étaient tellement mobiles, qu'abandonnés à eux-mêmes, ils se fussent inévitablement détachés par la suppuration.

Pour obtenir la consolidation, il importait donc de maintenir les deux fragments parfaitement immobiles sur le corps de l'os ; les vaisseaux qu'ils recevaient des gencives me paraissaient, du reste, suffisants pour fournir au travail de la formation du cal. Mais comment obtenir cette immobilité ? Quelques auteurs, entre autres Gariot que j'ai cité, ont conseillé de fixer aux dents restées saines les dents adhérant au fragment osseux ; mais ce moyen est évidemment insuffisant ; il est même mauvais, en ce qu'il tend à détruire les connexions qui unissent encore les dents mobiles à ces fragments du maxillaire. Boyer conseille une gouttière de liége appliquée entre les dents supérieures et inférieures, et l'usage de la fronde, qu'il emploie dans les cas de fracture du corps de cet os ; mais pas plus que le précédent, ce moyen n'était applicable, car la fronde contient mal en général, à moins de la

maintenir fortement serrée ; et dans le cas auquel j'avais à parer, il fallait, pour obtenir la coaptation de la fracture, agir directement sur les fragments.

Voici le procédé auquel je crus devoir recourir : une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord lingual de l'os maxillaire A, dépassant en arrière B C les fragments osseux. Pour maintenir cette plaque en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée le long de la face interne du maxillaire, et vint traverser le plancher buccal, puis fut abandonnée au dehors ; l'autre extrémité du fil, conduite par le même procédé sur la face externe de l'os, vint sortir à son tour par le même trou. (Dans la figure ci-contre le graveur a commis une erreur : la partie antérieure de l'anse métallique doit être représentée passant au devant des dents incisives.) Les deux bouts du fil ainsi amenés sous le menton, embrassant les fragments dans leur anse, furent fixés sur un petit rouleau de sparadrap D, et serrés par torsion jusqu'à ce que la plaque B C se trouvât solidement fixée.



Les accidents produits par les plaies constatées des segments se dissipèrent sous l'influence d'une saignée du bras, et, chose remarquable, aucune trace d'inflammation ne survint sur le trajet de la suture métallique pendant toute la durée du traitement. Malgré sa présence, le malade put, au bout de quelques jours, manger sans éprouver de gêne. Le quarante-septième jour, on enleva le fil de la plaque (1); la consolidation était parfaite : toutes les dents étaient solidement fixées dans leurs alvéoles, à l'exception de la canine, qui, placée entre deux fragments, est restée mobile.

Ainsi, grâce à ce procédé, cet homme a pu obtenir la guérison régulière d'une lésion dont les suites les moins douteuses eussent été la perte

(1) La longue durée du séjour de cette plaque nous porterait, dans un cas semblable, à choisir de préférence un autre métal que le plomb, afin de mettre le blessé à l'abri de tout accident saturnin. On a vu, dans notre dernier numéro, un malade contracter une colique de plomb pour avoir mâché des feuilles de ce métal. Le zinc laminé est aussi commun que le plomb et ne produit, à l'état métallique, aucun phénomène d'intoxication. Une lame d'argent serait préférable encore. (*Note du rédacteur.*)

de huit dents. Du reste, déjà M. Baudens, dans un cas de fracture très-oblique et difficile à contenir, a eu la pensée d'entourer et d'immobiliser les fragments à l'aide d'une ligature métallique. Le succès qu'il en a obtenu, joint à celui dont j'ai à me féliciter moi-même, est bien propre à rassurer sur les conséquences de ce puissant moyen de contention. ROBERT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LES MODES D'INVOLVAGE DES PILULES.

L'involvage des pilules est une question de détail, un accessoire dans cette forme d'administration des médicaments. Mais comme ce point est une cause fréquente d'embarras pour les praticiens ; et que du bon état sous lequel on présente les agents dépend quelquefois leur réussite, on nous saura peut-être gré de consacrer quelques lignes à ce sujet.

Afin que les pilules n'adhèrent pas entre elles, on les roule dans une poudre inerte, comme celle de guimauve, de réglisse et surtout de *lycopode*. Le carbonate de magnésie est plus spécialement réservé pour les pilules de térébenthine cuite, de copahu. Pour aider à déguiser l'odeur propre de la masse pilulaire, les praticiens allemands prescrivent assez souvent d'enrober les pilules dans de la poudre d'iris et surtout de cannelle.

Pour rendre les pilules agréables à la vue autant que pour en masquer la saveur, au lieu de les rouler dans les poudres précitées, on les revêt d'une feuille d'or et plus souvent encore d'une feuille d'*argent*. Nous n'avons pas à entrer dans les détails du mode opératoire, ils sont trop connus. Faisons remarquer que les pilules dont la composition comprend de l'iode, du brôme, du soufre ; des iodures, des bromures, des sulfures ; des sels de mercure, d'or, de platine, etc., ne peuvent être argentées.

Les moyens précédents ne masquent que très-imparfaitement la saveur et surtout l'odeur désagréable de certaines compositions pilulaires. M. Garot, pour obvier à cet inconvénient, a proposé de recouvrir les pilules d'une couche de *gélatine*, à l'aide du procédé qu'il a fait connaître, et dans les détails duquel nous croyons également superflu d'entrer. La couche gélatineuse couvre très-bien les odeurs et les saveurs désagréables ; mais elle a un inconvénient : avec le temps, elle prend du retrait, se crève par suite d'un excès de tension, et laisse exsuder au dehors la masse pilulaire. Ensuite, la manipulation,

pour donner un produit satisfaisant, demande une certaine habileté.

Après la gélatinisation est venue la *dragéification*. Ce dernier mode d'involvage des pilules est souvent préférable au précédent ; comme lui, d'ailleurs, il s'applique très-bien aux pilules d'odeur et de saveur repoussantes (copahu, térébenthine, musc, assa-fœtida, etc.), ou altérables par l'air ou la lumière (protosels de fer), ou déliquescentes (iodhydrargyrate d'iodure de potassium), ou caustiques (huile de croton). Il s'exécute extemporanément de la manière suivante : on met les pilules dans un vase à fond rond, ou encore dans la boîte à argenter ; on les humecte avec un peu de sirop de sucre, d'un mucilage clair ou de blanc d'œufs ; on agite, pour les humecter uniformément ; on y ajoute un mélange à parties égales de gomme, de sucre et d'amidon ; on agite de nouveau circulairement, de manière à enrober également toutes les pilules. Si une première couche n'est pas suffisante, on en donne une seconde, une troisième, en suivant la même marche. On fait sécher à l'air ou à l'étuve. Dans les temps humides, on enferme les pilules dragéifiées dans des flacons bouchés. — Au lieu du mélange pulvérulent précité, on se servirait avantageusement de *gélatine de carragaheen* ou de *caséine* séchées et pulvérisées.

La dragéification des pilules est beaucoup plus expéditive que leur gélatinisation. Un autre avantage de cette méthode, c'est que la couche enveloppante est toujours facilement soluble.

Le *collodion* a été proposé pour l'enrobage des pilules, mais nous ne croyons pas qu'il ait été adopté nulle part pour cet emploi. D'ailleurs il nous paraît avoir des inconvénients.

Enfin le dernier mode d'involvage des pilules produit est celui que nous nommerons la *toluisation*. Il nous paraît avoir des avantages réels sur les précédents. M. Blancard, qui l'a fait connaître, l'emploie d'une manière spéciale pour les pilules de proto-iodure de fer. C'est dans le but de le généraliser que nous avons surtout rédigé cette note. Voici le mode opératoire modifié pour les besoins journaliers de la pratique :

On fait dissoudre une partie de baume de Tolu dans trois parties d'éther (le baume qui a servi à la préparation du sirop de Tolu peut avantageusement être employé à cet usage) ; on verse de cette teinture dans une capsule où sont disposées les pilules, et on imprime au tout un mouvement de rotation, afin d'humecter les pilules et de favoriser l'évaporation de l'éther. Lorsque les pilules commencent à se coller, on les jette sur un moule en fer-blanc passé au mercure, ou simplement sur une assiette, en ayant soin de séparer celles qui adhèrent entre elles. On les abandonne à l'air libre pour qu'elles sèchent. On peut

finir de les sécher à l'étuve peu chauffée, surtout si l'on a jugé nécessaire d'appliquer plusieurs couches.

Ce mode d'involvage des pilules peut remplacer tous ou à peu près tous les autres. Un point important à considérer, c'est qu'il prévient à la fois l'effet de l'humidité et de la sécheresse sur la masse pilulaire. L'odeur balsamique qu'il communique au médicament est généralement trouvée agréable par les malades. Si d'ailleurs cette odeur était un obstacle, on pourrait remplacer le Tolu par une résine inerte soluble dans l'éther, le mastic en larmes, par exemple. Peut-on craindre que la couche résineuse n'influe sur l'action du médicament? Cette couche est si mince, que la préoccupation ne nous paraît pas sérieuse.

Une remarque générale à faire, néanmoins, c'est que tous les modes d'involvage, dans des cas donnés, peuvent avoir leurs avantages; il était donc nécessaire de les faire connaître à peu près tous.

DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

BALLE DE PLOMB INTRODUITE DANS LES VOIES AÉRIENNES, EXPULSÉE SPONTANÉMENT APRÈS UN SÉJOUR DE PLUS DE QUARANTE JOURS.

De toutes les cavités du corps qui communiquent avec l'extérieur, il n'en est pas de plus importantes que celles qui servent à la respiration. L'hématose ne peut être troublée, en effet, sans que la vie elle-même soit immédiatement compromise. Les corps étrangers introduits dans les bronches sont d'autant plus compromettants qu'ils s'opposent plus ou moins à l'entrée et à la sortie de l'air : leur présence fait encore éprouver au malade, aussitôt qu'ils ont pénétré, une suffocation qui pourrait faire craindre une asphyxie immédiate; mais l'expérience démontre qu'il peut n'en être pas toujours ainsi.

Dans l'observation que je vais rapporter, une balle de plomb, dans une forte inspiration, franchit l'ouverture du larynx, descend le long de la trachée-artère, s'engage dans la bronche droite et s'arrête seulement à la racine du poumon. Cette bronche plus courte, plus large, et d'une direction moins oblique que la gauche, facilitait davantage le trajet du corps étranger de ce côté. C'est vers la quatrième vertèbre dorsale que le malade accusait la présence d'un corps étranger dans la poitrine. C'est là que la balle, par un séjour de plus de quarante jours, détermina de l'irritation et une inflammation qui occasionna une suppuration qui a favorisé, sans aucun doute, la sortie de ce corps. Voici le fait.

Obs. Jean Veyrat, âgé de vingt-un ans, boulanger, assez bien portant, quoique d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique et nerveux, partit le 10 mars 1851, de Varennes, son pays natal, pour Bordeaux. Arrivé dans cette ville, il fut atteint d'une bronchite. Cette indisposition dura une semaine environ. Le malade passait une partie de ses journées sur son lit. Un jour, après avoir mis dans sa bouche une balle de plomb d'un petit calibre (10 grammes), du volume de celles dont on se sert pour les pistolets ordinaires, il fut pris d'une quinte de toux, et dans une forte inspiration, pendant qu'il dormait, ce corps étranger fut entraîné dans le larynx et descendit à travers la trachée-artère jusque dans la bronche droite. Le malade éprouva de suite un accès de suffocation, et fit de grands efforts pour faire remonter la balle. Cet état d'anxiété dura quelques minutes. Il comprit alors que les grands efforts qu'il faisait n'avaient d'autre résultat que de faire descendre davantage ce corps étranger. Le calme revint un peu, quoique le malade sentît la présence de la balle dans le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, la toux devint incessante, les nuits se passèrent sans sommeil; les journées étaient moins pénibles; il perdit l'appétit, la fièvre survint et l'amaigrissement fit de rapides progrès. Le malade eut occasion de voir deux confrères auxquels il ne parla pas de l'accident qui lui était arrivé peu de jours avant. Ces médecins le crurent atteint d'une maladie du poumon droit déjà avancée, lui conseillèrent des boissons pectorales et le retour dans son pays natal.

Veyrat, après être resté cinquante jours environ à Bordeaux, rentre dans sa famille le 28 avril; je le vois le lendemain et le trouve dans l'état suivant : ce jeune homme semble parvenu au dernier degré de marasme, et ne peut se tenir levé; il est en proie à une fièvre continue avec exacerbation le soir; la peau est chaude et sèche, les crachats peu abondants sont muqueux, blanchâtres; la toux, qui arrive par quinte, est suffocante; la langue et les voies digestives sont dans un état normal, mais il n'y a pas d'appétit; le malade rapporte tout l'embarras qu'il éprouve au côté droit du thorax, un peu au-dessus du sein; par l'auscultation, la respiration ne paraît s'y faire que très-imparfaitement; la percussion ne fournit aucun résultat. Je n'hésitai pas à regarder Veyrat comme atteint d'une phthisie pulmonaire parvenue au troisième degré. J'en prévins sa famille, et je me bornai à conseiller des boissons pectorales et un emplâtre de poix de bourgogne.

Trois jours plus tard, le 2 mai, je revois le malade; il m'apprend qu'il a eu à plusieurs reprises des quintes de toux suffocantes, et que dans un effort, *pendant qu'il était fortement penché hors de son lit,*

il avait vomi une balle de plomb avec environ trois cuillerées à bouche de pus. Alors il me raconte pour la première fois l'accident qui lui était arrivé à Bordeaux.

Après la sortie de la balle, la toux convulsive cessa complétement, et le malade n'eut plus qu'une toux dépendante d'une irritation bronchique. Le lendemain, Veyrat expectora encore un peu de pus mêlé avec du sang. A compter de ce jour, la santé du malade commence à se remettre. Le 8 mai, huit jours après la sortie de la balle, il passe au conseil de révision, et est exempté sans examen comme phthisique. Il continue les boissons mucilagineuses, commence à manger, car l'appétit se fait sentir; la fièvre disparaît. Enfin, dans l'espace de quinze jours, mon malade peut se promener; il reprend ses forces; la toux et la gêne de la poitrine disparaissent; son embonpoint revient, et aujourd'hui 1er juillet, Veyrat est dans le même état que lorsqu'il partit pour Bordeaux.

Quels sont les moyens que les premiers médecins consultés auraient dû employer si Veyrat ne leur avait pas caché la cause de sa maladie? Devaient-ils pratiquer immédiatement la trachéotomie, afin d'aller à la recherche du corps étranger, ou n'auraient-ils pas pu tout d'abord tenter d'obtenir l'expulsion de la balle par la simple position du malade? C'est à la circonstance particulière d'avoir penché fortement le tronc en bas que Veyrat a dû l'heureux résultat qui est venu mettre fin aux accidents graves auxquels il était en proie. Profitant de cet enseignement, ne devrait-on pas, dans un cas semblable, placer le malade dans une semblable position, la tête fortement inclinée en bas, puis faciliter le dégagement de la balle et aider à l'action de la pesanteur en imprimant des secousses par de légers coups appliqués sur la nuque? La surface lisse du corps étranger aurait facilité encore le succès d'une telle manœuvre.

Je suis amené à discuter la conduite du praticien, car ce fait, malgré sa terminaison heureuse, n'en prouve pas moins la nécessité de l'intervention de l'art. L'observation que j'ai rapportée ci-dessus offre un de ces exemples heureux des puissantes ressources de la nature abandonnée à elle-même; encore a-t-il fallu que le hasard fît prendre au malade une position assez déclive pour que la balle, dégagée par la suppuration, fût entraînée par les efforts du vomissement. Or, en bonne pratique, on ne peut se reposer sur de pareilles éventualités. Il n'y a aucun doute dans mon esprit: ce malade eût succombé si le séjour de la balle se fût prolongé quelques jours encore.

BENEYS, D. M.
à Laliude (Dordogne).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par M. A. Trousseau, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades, et H. Pidoux, médecin de l'hôpital Bon-Secours, etc.

Il y a quelque dix ans, nous avons eu déjà occasion, dans ce journal même, de rendre compte de l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux, Si comparer les idées actuelles de ces deux médecins éminents sur diverses questions, avec celles qu'ils professaient alors, n'était un travail beaucoup trop long pour trouver sa place ici, nous le tenterions avec bonheur pour deux raisons : la première, c'est qu'on aime à suivre le développement d'intelligences distinguées dans un ordre de questions qui toujours captivent l'entendement humain ; la seconde, c'est que, dans ce progrès même, nous pourrions faire une part au *Bulletin général de Thérapeutique,* qui, s'il n'a pas la prétention de donner à lui seul l'impulsion à la science, peut au moins se rendre à lui-même ce témoignage, que ses colonnes sont libéralement ouvertes à toutes les idées vraies, d'où qu'elles viennent. C'est ainsi que, pour ce qui est des questions générales, il nous serait facile de démontrer que, quand le physiologisme, l'anatomisme, la statistique sont arrivés successivement à la négation de la thérapeutique, ce journal s'est généreusement dévoué à la réhabilitation de vérités méconnues, à la réhabilitation de la médecine proprement dite : c'est ainsi de même que, dans une foule de questions de détail, et qui se subordonnent philosophiquement même à cette dernière, le *Bulletin* n'a pas manqué davantage à sa mission, et a tenu haut et ferme le drapeau sur lequel il s'est produit dans le monde scientifique. Mais, nous le répétons, ce travail dépasserait les limites dans lesquelles nous sommes tenu de nous renfermer ici, et nous sommes forcé d'y renoncer, tout attrayant qu'il fût pour nous.

D'un autre côté, l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux est un ouvrage trop répandu dans le monde médical, pour que nous ayons à en exposer le plan ; il est connu de tous : nous nous contenterons d'indiquer quelques additions, qui y ont été faites, sans le modifier dans son économie philosophique, à proprement dire. Mais si les auteurs ont renfermé leur travail nouveau dans le même plan qui avait servi à encadrer leur travail ancien, les idées, en tant qu'explication des faits, qu'ils y ont répandues à profusion, méritent singulièrement de fixer l'attention des penseurs, de tous ceux qui croient avec raison que

la science ne consiste pas dans les faits, mais dans leur intellectualisation, si nous pouvons ainsi parler.

Une introduction étendue est placée à la tête de cette nouvelle édition du Traité de thérapeutique et de matière médicale ; cette introduction est à peu près exclusivement l'ouvrage de M. Pidoux, nous pouvons le dire ici, car ce n'est un secret pour personne. Le lion se reconnaît à la griffe. L'objet de ce travail, c'est de marquer les caractères de la réforme médicale moderne, considérée dans son influence sur la thérapeutique et la matière médicale. Dans la pensée de l'auteur, les tendances de cette réforme ne peuvent être saisies, ses efforts ne peuvent être dirigés que par une étude sérieuse de son point de départ, de ses déviations et de son but ! Point de départ, déviation, but de la réforme médicale moderne, tel est donc le triple point de vue auquel se place tour à tour ce médecin pour développer ses idées, et auquel correspondent une critique savante et un certain nombre d'affirmations doctrinales, que nous indiquerons successivement.

Voyons d'abord la critique. M. Pidoux est un critique éminent ; non-seulement il a cette intelligence vive, ce coup d'œil sûr qui permettent de saisir l'erreur sous les artifices les plus spécieux de l'esprit et du langage, mais, celle-ci une fois découverte, il s'acharne après elle, il la fustige impitoyablement, il la cloue au pilori de l'histoire. Malheur à qui tombe sous sa main ! Si le médecin s'est avisé de faire de l'iatrique, au lieu de médecine, il lui montrera qu'il n'a fait que de l'orthopédie, et que sa laborieuse nomenclature se réduit à une sorte de chinoiserie bouffonne. Nous citons cette critique, parce qu'elle ne consiste qu'en quelques mots, et que ces quelques mots marquent bien la manière vive, accentuée, un peu emportée peut-être de M. Pidoux. Cette critique de la science moderne, qui commence à Cullen, et vient ainsi aboutir à un professeur laborieux de l'école de Paris, embrasse presque un siècle. Dans cette longue étape, l'auteur rencontre les plus grands noms de la science moderne, et les interroge successivement à son propre point de vue. Si, dans cette revue rapide et substantielle, M. Pidoux se montre sévère, non-seulement à l'égard des conceptions doctrinales nettement exprimées, mais encore à l'égard des tendances, il n'en rend pas moins une justice éclatante aux vues partielles qui lui paraissent conformes à la vérité. M. Pidoux est vitaliste, il n'est pas besoin de le dire, et partout où il rencontre cette conception, bien qu'incomplétement exprimée, il la loue hautement. Hors de cette vue, qui est la base de la pathologie et de la thérapeutique, il y a aussi des vérités, bien que d'un ordre moins élevé, et il tient compte de ces vérités, suivant la mesure de leur importance. A

voir superficiellement sa manière de reconnaître que dans toutes ces conceptions doctrinales qui composent l'histoire de la science, il y a des vues vraies, qui ne sont faussées que par l'exagération théorique de ceux qui les ont émises, on dirait que l'auteur est éclectique : gardons-nous bien toutefois de l'en accuser, il s'en défendrait comme d'une absurdité ; là-dessus, il serait intraitable. Ne l'accusez pas davantage d'aboutir à un syncrétisme auquel l'intelligence, l'initiative de l'esprit auraient moins de part encore : cette accusation, qui serait d'ailleurs parfaitement injuste, il n'y répondrait que par un légitime dédain.

Nous voudrions bien exposer ici la doctrine de M. Pidoux, ou au moins les principes fondamentaux qui doivent servir de base à cette doctrine encore inédite : mais cela serait bien long, et d'ailleurs nous serions nous-même obligé de deviner un peu la pensée de l'auteur, qui ne fait que poindre trop discrètement çà et là, et nous craindrions de broncher plus d'une fois dans cette route difficile, ou de nous arrêter à mi-chemin. Nous en dirons cependant quelque chose. Ce qui tout d'abord met un abîme entre le vitalisme, tel que quelques modernes l'ont pressenti et que paraît l'avoir conçu M. Pidoux, et le vitalisme ancien, c'est que ce dernier consistait essentiellement en une force placée en dehors de la matière, et que le vitalisme moderne, le vitalisme de l'avenir doit relever du principe de l'activité de la matière. Ce principe une fois posé, M. Pidoux y subordonne toute une théorie pathologique et toute une théorie thérapeutique. Ecoutons-le sur le premier point d'abord : « Il n'y a d'inné ou plutôt de natif dans la nature humaine, d'inamovible, par conséquent, que les propriétés morbides de l'organisme. Quant aux maladies proprement dites, que des nosologistes classent comme des êtres naturels, parce qu'elles présentent quelques-unes des apparences de ces êtres, elles ne sont point innées, ni par conséquent essentielles. Formées de ce qu'il y a de morbide en nous, elles y prennent des déterminations plus ou moins spécifiques, s'y individualisent plus ou moins ; mais on les voit paraître et disparaître dans l'histoire naturelle de l'homme. Elles se modifient, se larvent, se décomposent, se transforment avec le temps, les mœurs, les climats, avec les influences physiques ou morales qui agissent sur les peuples, etc.... Une bonne hygiène publique ferait disparaître beaucoup de maladies aiguës spécifiques, et l'œuvre est déjà commencée. Une bonne hygiène privée pourrait éteindre ou atténuer beaucoup de maladies chroniques. Le spécifisme et le nosologisme s'en vont ; c'est l'avenir de la science ! Tout le reste n'est que galénisme impuissant, honte d'une médecine qui ne vit pas encore de l'esprit des sciences et de la civilisation moderne... »

L'auteur, en plusieurs endroits de son livre, s'élève contre le scepticisme en matière de thérapeutique, et il a raison; il nous semble cependant qu'en face des lignes que nous venons de lire, il lui serait assez difficile de s'en défendre complétement. Mais il ne faut pas s'y méprendre, dans cette page aussi éloquente qu'animée d'un amour sincère de l'humanité, il y a plutôt une aspiration vague vers un avenir encore bien reculé, qu'une affirmation sur les possibilités actuelles. Quoi qu'il en soit à cet égard, c'est dans ces lignes, comme dans quelques pages disséminées dans l'éloquente introduction qui précède le Traité de thérapeutique, qu'il faut chercher à pénétrer la pensée de M. Pidoux, en tant que pressentiment d'une doctrine médicale qu'il ne nous fera pas longtemps attendre; nous sommes heureux d'annoncer ici cette bonne nouvelle.

Maintenant, les maladies étant posées comme des déterminations variées des propriétés morbides innées dans l'organisation, comment la médecine peut-elle les combattre quand une fois elles se sont réalisées? Ecoutons ici encore une fois l'auteur; l'idée qu'il va exprimer nous paraît vraie, profonde, et propre à jeter quelque lumière dans le chaos de la thérapeutique. Cette idée, c'est que les médicaments, les agents que la science emploie dans un but curatif, agissent non mécaniquement (et par ce mot il faut entendre l'action purement physique, l'action purement chimique), mais par impression. « Agir par impression, dit notre savant auteur, ne signifie pas, en parlant de l'organisme vivant, agir comme un cachet sur la cire, qui en reçoit passivement l'empreinte ou l'impression : cela signifie exciter dans une partie vivante des phénomènes qui, dans un ordre d'activité supérieure, sont représentatifs de ceux de l'objet spécial qui produit l'impression. Puis vient une comparaison tirée de la vision, et par laquelle il établit que ce n'est pas l'objet que nous voyons en lui, mais bien nous-mêmes, notre propre organisme nerveux modifié, excité par cet objet : voilà l'essence de toute propriété vitale. » Ce que nous venons de dire de la vision, continue-t-il, il faut donc le dire de tous les sens externes ou internes, gustatif et digestif, comme visuel ou auditif; il faut le dire du sens de la nutrition, de la sanguification, des sens chimiques comme des sens physiques, ou si l'on veut, des organes spontanément représentatifs des propriétés chimiques du monde extérieur, comme de ceux qui sont représentatifs de ses propriétés physiques; les uns et les autres ne font pas autre chose qu'exciter les premières à se manifester. Tel est le rapport du macrocosme et du microcosme, plutôt entrevu que bien défini par les philosophes de l'antiquité et par Paracelse. »

Nous n'avons pas crainte d'insister quelque peu sur cette double ex-

pression de la pensée de M. Pidoux, parce qu'une belle conception transporte l'intelligence dans un ordre d'idées fort différentes de celles dans lesquelles nous clapotons tous les jours sans grand profit pour les progrès de la science, et que cette application *de la méthode substitutive aux facultés de l'entendement* pourra être féconde en heureux résultats. M. Pidoux est un penseur original, plein de sève, au commerce duquel on ne peut que gagner, c'est notre conviction : il sait bien le passé de la science, dans ses grandes conceptions, c'est une garantie de plus. Nous ne craignons pas d'appeler hautement l'attention du public médical sur le livre dont il vient d'être question.

Est-il besoin de dire, en finissant, que les deux volumes que nous avons sous les yeux ne roulent pas exclusivement, tant s'en faut, sur des idées purement doctrinales : des faits, énormément de faits appuient les assertions thérapeutiques de l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux. Tout le monde connaît la manière de philosopher de M. Trousseau en matière de thérapeutique. Si donc les esprits circonspects craignaient de suivre M. Pidoux dans les sillons hardis qu'il s'efforce de tracer sur le terrain de la science, ils sont sûrs de trouver constamment à côté de lui un esprit moins hardi, plus pondéré, un frein modérateur. Il serait même facile à un connaisseur de distinguer dans ce long travail ce qui appartient à l'un et ce qui appartient à l'autre : ce serait une entreprise oiseuse, nous ne la tenterons pas. Nous nous contenterons, pour finir, d'ajouter à ce que nous avons dit, que nous avons remarqué, surtout parmi les additions faites à cette nouvelle édition, des chapitres substantiels sur l'éthérisme et sur l'électricité appliqués à l'organisme, applications que M. Duchenne (de Boulogne) a, dans ces derniers temps, si heureusement étendues.

En somme, la quatrième édition du Traité de thérapeutique et de matière médicale est une œuvre considérable, qui ne peut qu'ajouter à la réputation littéraire de ses deux auteurs, parce que, par les nombreux perfectionnements qu'ils y ont apportés, ils en ont fait incontestablement le guide le plus sûr pour le praticien.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la valeur comparative des préparations mercurielles et des préparations arsenicales dans le traitement des accidents secondaires de la syphilis; et en particulier des éruptions syphilitiques; quelques mots sur le mode d'administration des préparations mercurielles. — Bien que les préparations mercurielles jouissent aujour-

d'hui auprès des médecins d'une faveur méritée et presque inattaquable, il est un terrain sur lequel on peut comparer les propriétés altérantes de ces préparations et celles des arsenicaux, c'est celui des syphilides ou éruptions syphilitiques. Les syphilides se présentent, en effet, sous des formes qui rappellent la plupart des éruptions cutanées non spécifiques, et de même qu'on avait traité avec succès quelques-unes de ces dernières pour les préparations arsenicales, de même on a dû songer à essayer ces mêmes préparations dans le traitement des éruptions cutanées syphilitiques. Les recherches qui ont été tentées dans ce dernier sens par un dermatologiste anglais, M. Hunt, n'ont pas tardé à lui faire voir la supériorité relative des préparations mercurielles, tant sous le rapport du résultat définitif que sous celui de la facilité et du peu de danger de leur administration.

Si l'on compare, dit M. Hunt, les préparations arsenicales aux préparations mercurielles dans le traitement des accidents secondaires de la syphilis, on constatera d'abord que l'arsenic ne produit des effets favorables que par degrés, avec lenteur et par une administration continue et prolongée. Le mercure, au contraire, produit souvent des effets salutaires presque subitement, mais toujours dans un intervalle de temps très-limité, et passé cet intervalle il échoue complétement. Ensuite les effets de l'arsenic s'accumulent; l'économie devient de plus en plus sensible à son influence, et elle arrive à l'intolérance complète, en raison même de la quantité d'arsenic ingérée. En revanche, le mercure, passé les premiers jours, n'accumule pas ses effets, et l'organisme devient de moins en moins sensible à sa présence, qu'elle tolère de mieux en mieux sous l'influence de son usage habituel. En troisième lieu, la dose à laquelle on peut donner l'arsenic est souvent très-restreinte : certains individus ne peuvent pas en supporter 1/500e de grain ; le mercure, au contraire, peut être donné à des doses énormes et rester absolument sans effets fâcheux. L'arsenic et le mercure ont chacun, du reste, leur spécificité d'action : le premier affecte d'abord plus facilement le système nerveux et ensuite le système vasculaire, le tissu nerveux recouvrant alors sa tonicité ; le mercure affecte d'abord plus facilement le système vasculaire, et le système nerveux est plus gravement atteint après un traitement prolongé ; d'où il résulte que l'arsenic ne doit être ajouté au sang, en quelque sorte, que goutte à goutte, *cautè et gradatim*, à doses décroissantes, tandis que le mercure peut être administré rapidement et à dose croissante, jusqu'à ce qu'il produise quelques effets; puis on doit le suspendre brusquement pour le reprendre ensuite de même, s'il est nécessaire, et avec une nouvelle énergie.

Cette dernière proposition résume une grave modification qui devrait être apportée, suivant M. Hunt, au traitement mercuriel employé contre les accidents secondaires de la syphilis, et en particulier contre les syphilides. Frappé de cette circonstance, que l'amélioration dans les conditions morbides précède toujours d'un certain temps l'apparition des premiers phénomènes dits de mercurialisation ; s'étant assuré également par des recherches nombreuses que la continuation des préparations mercurielles au delà de ce moment, non-seulement n'a pas d'avantages, mais encore fait souvent perdre ce que l'on a gagné, par la détérioration qu'elle entraîne dans la constitution, M. Hunt a pour principe de ne pas persister dans l'emploi du mercure un seul instant au delà de l'amélioration obtenue dans l'état de la maladie. Il est par suite nécessaire, ajoute-t-il, de faire un second, un troisième, et même un quatrième traitement pour arriver à la destruction complète du mal ; et chaque traitement doit être plus énergique que celui qui l'a précédé ; autrement les effets seraient nuls ou à peu près nuls.

Mais chacun de ces traitements doit être court, bien distinct et bien ménagé, de manière à arrêter la maladie, sans nuire à la santé générale. Il faut suivre jour par jour le malade, et toute amélioration dans la maladie, quelque légère qu'elle soit, doit être un avertissement pour suspendre le traitement. On doit alors remplacer les mercuriaux par les toniques et les purgatifs ; et à la première apparence de la reproduction des accidents, on revient aux mercuriaux à doses doubles de celles employées dans le traitement précédent. De cette manière on peut souvent arrêter la maladie dans un temps comparativement très-court, et lorsque l'économie est de nouveau débarrassée du mercure, on reprend le traitement mercuriel comme préventif, en suspendant le médicament aussitôt qu'on voit paraître la fétidité de l'haleine ou que le malade se plaint d'un goût métallique.

On voit combien cette manière d'employer les préparations mercurielles diffère de celle qui est généralement en usage aujourd'hui, tout en aboutissant, en définitive, au même but, l'administration du mercure par extinction, c'est-à-dire sans arriver jusqu'à la salivation. Il reste à savoir si, comme le dit son auteur, on peut obtenir par ces petits traitements successifs, interrompus à la première indication de la mercurialisation, les effets du mercure longtemps continué et ceux d'une mercurialisation légère. Notre expérience est muette à cet égard, et nous ne pouvons que faire appel à celle de nos confrères, placés sur un champ d'observation plus vaste et plus approprié que le nôtre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMÉNORRHÉE *compliquée d'hématémèse, guérie par l'emploi de l'électricité.* Rien ne démontre si bien que le fait suivant la nécessité de diriger avec énergie et persévérance tous les moyens de l'art vers le rétablissement des fonctions menstruelles supprimées, sans trop se préoccuper de la nature des symptômes morbides que l'on a à combattre, dès qu'on a sujet de présumer que ces symptômes n'ont d'autre origine et d'autre cause réelle que cette suppression elle-même. Ce principe de médecine pratique, fondé tout à la fois sur la physiologie et sur l'expérience, et si simple en lui-même que l'on comprendrait difficilement qu'on pût le méconnaître ou le négliger, si n'était la préoccupation toujours trop exclusive de l'état local, ce principe, disons-nous, ressortira en effet, de cette observation, tout éclatant de vérité et d'évidence, après toutefois qu'on aura tenu compte de l'extrême difficulté avec laquelle on est parvenu à rétablir, dans cette circonstance, la fonction supprimée.

Obs. Le 29 juin 1846, entra à la Charité une jeune fille de dix-neuf ans, aménorrhéique depuis plus de deux ans, et qui depuis huit jours était en proie à des vomissements réitérés et abondants de matières séreuses, limpides lorsqu'elle était à jeun, et mêlées d'aliments et de boissons après les repas. On essaya d'abord des boissons acides, des limonades de toute espèce, des potions aluminées et de la potion antiémétique de Rivière, mais sans succès. Au bout de huit jours de ce traitement, il se manifesta dans la soirée une crise nerveuse avec accélération du pouls, congestion de la face, exagération de la sensibilité cutanée, état particulier des yeux, sensation extraordinaire de chaleur à l'épigastre, puis nausées, et bientôt expulsion d'une quantité considérable de sang noirâtre.

Trois mois se passèrent, durant lesquels la même scène se reproduisit chaque soir; le vomissement était assez abondant chaque fois pour remplir la valeur de quatre crachoirs d'hôpital. Dans le courant de la journée, il y avait aussi parfois quelques nausées, avec rejet de matières muqueuses et même de substances alimentaires. Un nombre incroyable de tentatives furent faites pendant ces trois mois pour enrayer cette affection, mais toujours avec le même insuccès. Aux astringents et aux acides qui furent employés dans la première semaine, on fit succéder l'emploi des préparations de ratanhia, du tannin, soit en potions, soit en pilules; des préparations martiales, sous-carbonate et lactate de fer, eaux de Spa, de Contrexeville; des préparations alcalines, eaux de Vichy, bicarbonate de soude; des antispasmodiques, éther en potion, valériane en poudre, assa-fœtida en lavement; des opiacés, opium en pilules, laudanum en potion; des sédatifs, belladone, camphre, préparations de digitale, teinture de semences de colchique en potion, huile essentielle de térébenthine, etc. — Enfin dans l'espoir, en ramenant les règles, d'apaiser l'hémorrhagie stomacale, on s'est servi des emménagogues, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, armoise en infusion et en bains de siége, seigle ergoté employé à la fois comme antihémorrhagique et comme excitateur de l'utérus, sangsues appliquées un grand nombre de fois aux cuisses, bains de pieds sinapisés, bains de siége ordinaires, saignées du bras et du pied, grands bains, ventouses, réfrigérants, vésicatoires, cautères à la pâte de Vienne, ventouses Junod, régime alternativement débilitant et tonique, boissons lactées, gazeuses, etc. Telle est l'énumération rapide des moyens qui furent successivement ou simultanément employés pendant trois mois chez cette malade, sans que jamais aucun d'eux ait produit une amélioration sensible dans son état, si ce n'est que dans les derniers temps, et sous l'influence au moins apparente des vésicatoires appliqués sur la région épigastrique, l'hématémèse avait fait place à une épistaxis tout aussi abondante et aussi régulière dans ses apparitions. En résumé, cette malade, qui autrefois était douée d'une fraîcheur et d'un embonpoint remarquables, offrait alors les signes les plus prononcés de la cachexie chlorotique et d'une prostration excessive, lorsque, sur le

conseil de M. Lallemand, M. Rayer, dans le service duquel cette jeune fille était placée, songea à rétablir les règles par l'emploi de l'électricité.

La première application de ce moyen fut faite le 16 mars 1847; on se servit d'un appareil électro-magnétique consistant en un élément de la pile de Bunsen, fortifié par un appareil d'induction. Le courant inducteur étant établi, on fit passer le courant induit à travers l'utérus en plaçant un des pôles à l'hypogastre, et l'autre à l'extrémité inférieure du sacrum. Les effets physiologiques immédiats de cette application furent des picotements au niveau de l'hypogastre, avec contraction des muscles abdominaux et une douleur piquante à la région sacrée. La séance dura dix minutes.

Le lendemain 27 mars, aucun accident. Seulement la malade éprouva un sentiment de pesanteur dans les lombes, semblable à celui qui précédait d'ordinaire, chez elle, l'apparition des menstrues. (Deuxième séance d'électro-magnétisme.)

Le 28, les douleurs lombaires ont redoublé d'intensité et sont accompagnées de douleurs pelviennes non moins fortes. Un léger écoulement sanguin a eu lieu, aucune hémorrhagie. (Nouvelle séance.)

29. L'écoulement menstruel n'a pas continué. (Quatrième séance.) Ce traitement est continué jusqu'au 4 avril. Toujours quelques douleurs lombaires ou pelviennes; mais aucune trace de menstruation. Du reste aucun accident.

5 avril. On suspend les applications électro-magnétiques.

16 avril. Apparition d'une épistaxis; pas de phénomènes congestionnels, ni d'accidents nerveux concomitants. On reprend les applications électriques, en augmentant leur intensité et en prolongeant de quelques minutes la durée des séances.

17. Douleurs lombaires et pelviennes, et de plus coliques utérines, avec douleurs dans quelques jointures; sensation de fatigue et de brisement. (Nouvelle application de l'électricité.)

18. Apparition légère du flux menstruel. Aucun accident.

19 et 20. Continuation des applications électriques; continuation de l'écoulement menstruel.

21. On suspend l'usage de l'électricité. L'écoulement sanguin s'arrête; et le soir, après une attaque d'hystérie, la malade rejette par la bouche une certaine quantité de sang. Ces vomissements, peu abondants, sont suivis d'un sommeil assez calme.

22, 23, 24 et 25. On réapplique les courants électro-magnétiques. Dès lors il n'y a plus aucun accident à signaler. La malade éprouve chaque jour un mieux notable; la gaieté, les forces et l'appétit renaissent; la malade se promène ou travaille dans les salles, heureuse de voir sa santé se raffermir chaque jour.

Dans la crainte de n'avoir pas triomphé de la diathèse hémorrhagique, on réapplique l'électricité huit jours avant l'époque menstruelle.

18 mai. Les règles viennent assez abondamment; le sang est beaucoup plus foncé que celui de la dernière menstruation.

21 mai. Cessation des règles. Aucun accident consécutif. On cesse les applications électriques.

L'intervalle qui sépare cette dernière évacuation de l'évacuation suivante, laquelle a eu lieu exactement le 18 juin, n'a été troublé par l'apparition d'aucun accident. La malade est parfaitement rétablie. L'embonpoint, la fraîcheur dont elle jouissait avant la maladie sont revenus avec les forces et l'appétit, et même en auscultant le cœur et les artères cervicales, on ne retrouve plus qu'à un degré presque imperceptible les bruits anormaux si marqués quelques mois auparavant.

Il faut signaler surtout, dans cette observation intéressante à plusieurs titres, l'indication, sur laquelle nous avons appelé principalement l'attention au début de cet article; le moyen, l'électricité qui s'est montrée supérieure dans cette circonstance à tous les emménagogues connus, et enfin la persévérance qui en a seule assuré le succès. (*Union médicale*, décembre 1851).

ANGINE DE POITRINE *traitée avec succès par les saignées coup sur coup.* D'après l'opinion la plus généralement admise touchant la nature de l'angine de poitrine, non-seulement la saignée ne serait point indiquée dans le traitement de cette affection, mais elle serait même considérée comme tout à fait contraire. Est-ce une raison pour exclure entièrement l'usage de la saignée du traitement de l'angine de poitrine? Non

assurément, car ce que l'on sait, ou plutôt ce que l'on croit savoir de la nature de cette affection est si peu précis, si vague, qu'on ne saurait en déduire rationnellement le traitement. C'est l'expérience seule qui doit faire loi en cette matière. Mais l'expérience elle-même s'est montrée plus d'une fois contradictoire. Aussi voit-on les auteurs les plus recommandables partagés d'opinion à cet égard, les uns préconisant la saignée, pendant que les autres la condamnent rigoureusement. On ne peut s'expliquer cette dissidence qu'en admettant que, bien que la maladie soit identique au fond, on s'est trouvé, dans quelques circonstances, en présence d'indications secondaires empruntées soit au tempérament ou à la constitution des individus, soit au régime et aux habitudes de la vie, ou à toute autre condition individuelle capable de modifier profondément la physionomie et la nature habituelle de la maladie. Quoi qu'il en soit, si l'utilité de la saignée n'était pas suffisamment démontrée dans quelques circonstances au moins exceptionnelles par les faits déjà connus dans la science, elle ressortirait pleine et entière du fait suivant rapporté par M. le docteur Hervieux.

Obs. Le sujet de cette observation est un homme de soixante ans environ, d'une bonne constitution et qui, n'ayant jamais contracté de maladie grave, fut subitement atteint, dans la nuit de Noël 1848, d'accidents effrayants. Vers neuf heures du soir, après une journée qui n'avait été marquée par aucun dérangement fonctionnel, cet homme fut pris, avec une rapidité presque foudroyante, d'un horrible sentiment de constriction dans la région du cœur, qui lui arrachait des cris forcenés et lui donnait le sentiment de sa fin prochaine. M. Hervieux, appelé auprès du malade, le trouva dans l'état suivant :

Le malade était assis sur une chaise, les deux mains appuyées sur la région précordiale, comme pour prévenir le retour d'une des crises affreuses dont il avait ressenti l'atteinte. La respiration était précipitée, le pouls dur et fréquent, le visage empreint d'une expression profonde de souffrance et de terreur. L'angoisse si violente à laquelle il était en proie quelques instants auparavant n'existait plus, mais la région précordiale était toujours le siége d'une douleur vive, s'irradiant dans la direction de la région cervicale pour s'étendre de là dans le bras gauche. Les parties du bras gauche les plus douloureuses étaient le coude et le poignet.

Peu de temps après l'arrivée de M. Hervieux, la crise que le malade redoutait se manifesta. C'était encore la même douleur siégeant dans le côté gauche de la poitrine, douleur atroce, déchirante, intolérable, et donnant au patient la sensation d'un étau qui lui aurait broyé le cœur, puis s'irradiant dans le cou et le membre supérieur du même côté. Ajoutez à cela des cris lamentables, une expression de frayeur causée par la crainte de ne pouvoir résister à une pareille angoisse, de véritables accès de suffocation laissant après eux comme une impression de mort, etc.

Un tel ensemble de symptômes ne pouvait appartenir qu'à la maladie désignée sous le nom d'angine de poitrine. Bien que le pouls présentât une dureté et une fréquence insolites, que les battements du cœur fussent violents, précipités, que la main appliquée sur la région précordiale fût repoussée par une impulsion très-vive, il n'existait aucune matité au niveau de l'organe central de la circulation, l'auscultation ne révélait dans le même point aucun bruit anormal, et on ne percevait, dans toute l'étendue des poumons, aucun des signes physiques qui révèlent une lésion des organes respiratoires. Vu l'état du pouls, M. Hervieux n'hésita pas à pratiquer une *large saignée* qui fut instantanément suivie d'un soulagement tel, que le malade, débarrassé comme d'un poids énorme, se livra au sommeil et ne toucha même pas à une potion éthérée qu'on lui avait préparée.

Vers deux heures du matin, les accidents reparurent avec une intensité presque aussi grande que la première fois. M. Hervieux fut appelé de nouveau, et ne trouvant, malgré la saignée préalable, aucune modification dans l'état du pouls, il en pratiqua une seconde non moins large, non moins vigoureuse que la première. Outre la potion déjà prescrite, il ordonna l'application d'un grand vésicatoire sur la partie de la poitrine où siégeait la douleur. Le même soulagement s'ensuivit, et le

malade, qui avait été chassé du lit par cette nouvelle attaque, put le reprendre et dormir encore jusqu'au matin.

Le 26, le malade n'avait conservé des crises de la nuit que le souvenir d'un danger imminent auquel il aurait, selon son expression, *échappé par miracle*. Il demanda des aliments et prit alternativement du bouillon au veau avec une décoction de racine de valériane édulcorée avec le sirop d'éther.

Le soir du même jour, à sept heures environ, nouvelle crise, nouvelle saignée ; même résultat que la nuit précédente. Enfin le 27, à cinq heures du matin, réapparition des mêmes accidents combattus de la même manière et avec le même bonheur.

A dater de cette époque jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis trois ans, il n'y a eu aucune récidive ; et la guérison, qui était parfaitement consolidée au bout de quelques jours, ne s'est pas démentie un seul instant. La santé du malade, qui n'avait jamais, antérieurement à ces attaques, subi une atteinte grave, est aujourd'hui encore parfaitement florissante.

Pour compléter la signification de ce fait, il peut être utile d'ajouter que, parmi les antécédents du malade, on constatait l'habitude des excès de table et de l'ivrognerie, et l'influence non moins active en pareille circonstance des excitations politiques. Peut-être trouverait-on dans l'ensemble de ces conditions quelque raison de croire que l'utilité si évidente des saignées, et la nécessité de les réitérer, ont été ici tout individuelles, et qu'il ne faudrait pas conclure de leur efficacité dans ce cas à une indication générale. (*Union méd.*, décembre 1851.)

CHAMPIGNONS VENENEUX. *Expériences démontrant la possibilité de leur enlever leur propriété toxique.* Il y a longtemps qu'on a eu l'idée de corriger la propriété vénéneuse de certains champignons. Cette idée remonte même à la plus haute antiquité. Des expériences ont été tentées à plusieurs reprises dans ces dernières années sur l'avis du Conseil de salubrité, tant dans le but de faire connaître dans quel principe immédiat réside la substance vénéneuse des champignons, que pour chercher à la neutraliser. Mais de toutes ces expériences, aucune ne s'est présentée jusqu'ici aussi complète et aussi décisive que celle qui vient d'être faite récemment en présence d'une Commission du Conseil de salubrité de la Seine, par un expérimentateur courageux et dévoué, M. Gérard.

Le procédé de M. Gérard, emprunté à un usage populaire, très-ancien dans les pays du Nord, consiste à faire subir aux champignons vénéneux des lavages réitérés à l'eau chaude et à l'eau froide acidulée. Pour chaques 500 grammes de champignons coupés de médiocre grandeur, dit M. Gérard, il faut *un litre d'eau acidulée* par deux à trois cuillerées de vinaigre ou deux cuillerées de sel gris, si l'on n'a pas autre chose. Dans le cas où l'on n'aurait que de l'eau à sa disposition, il faut la renouveler *une* ou *deux* fois. On laisse les champignons *macérer pendant deux heures entières*, puis on les lave à grande eau ; ils sont alors mis dans l'eau froide qu'on porte à l'ébullition, et, après un *quart d'heure* ou *mieux une demi-heure*, on les retire, on les lave, on les essuie, et on les apprête comme mets spécial.

Voici la relation très-intéressante des expériences qui ont été faites devant la Commission.

La Commission se rendit au domicile de M. Gérard. Les champignons recueillis par lui appartenaient à une espèce bien connue, l'*agaric fausse oronge* (*amanita, muscaria de Pearson*), la plus dangereuse après l'agaric bulbeux. Après avoir été préalablement nettoyés et coupées en gros morceaux (tout compris, chapeaux, feuilles et pédicules), les fausses oronges furent d'abord lavées, puis mises dans un litre de nouvelle eau froide, avec addition de deux cuillerées de vinaigre, pour macérer en cet état pendant deux heures; au bout de ce temps, on les retira de l'eau de macération, on les lava à grande eau et on les mit bouillir dans de nouvelle eau pendant une bonne demi-heure. Après cette coction, on les lava une dernière fois dans l'eau froide et on les essuya. Ces opérations faites, il ne resta plus qu'à accommoder les champignons pour être mangés.

500 grammes de fausses oronges ainsi préparées ont été mangées par M. Gérard, par un de ses fils et par quelques-uns des membres de la

Commission, sans qu'aucun d'eux en ait éprouvé aucun accident ni même aucune incommodité, si ce n'est que la déglutition achevée laissa après elle un arrière-goût astringent et poivré, qui persista plus ou moins selon les individus.

Une seconde épreuve a été faite avec l'agaric bulbeux (*amanita venenosa*).

70 grammes de ces champignons, les plus vénéneux de tous, après avoir été nettoyés, coupés en morceaux et lavés à grande eau, ont été mis en macération dans 140 grammes d'eau, avec une cuillerée à café de vinaigre de table.

Au bout de deux heures, les champignons furent retirés de l'eau de macération et lavés à l'eau froide, puis mis, dans de nouvelle eau, sur un feu vif. La vapeur du liquide bouillant répandit d'abord quelque odeur de mauvais champignon, qui ne tarda pas à disparaître. L'eau de cette décoction était à peine colorée et presque sans saveur, tandis qu'au contraire, l'eau provenant de la macération était fortement teinte en puce, et que sa saveur, après l'impression acétcuse passée, laissait une impression d'âpreté caractéristique. Au bout d'un quart d'heure d'ébullition, les champignons furent retirés de l'eau chaude, passés à l'eau froide et légèrement essuyés; puis accommodés avec du beurre, du sel et du poivre.

M. Gérard a mangé ces 70 grammes de champignons bulbeux ainsi préparés, sans leur trouver aucun goût reprochable, et le lendemain il s'est présenté aux membres de la Commission pour leur donner les nouvelles les plus satisfaisantes de sa santé.

Ces expériences ne laissent rien à désirer, elles résolvent d'une manière complète la question; mais si c'est là un résultat désormais acquis à la science, nous croyons qu'il est prudent, provisoirement au moins, qu'il n'en franchisse pas les limites. Nous nous joignons à cet égard aux membres du Conseil de salubrité pour recommander aux médecins, ainsi qu'aux personnes du monde à qui ces lignes parviendraient, de ne point chercher à propager un résultat qui, s'il venait à tomber dans la pratique commune, pourrait peut-être, par impéritie ou par cupidité, devenir la source de graves abus et de grands dangers.

(*Journal des Connaissances médicales pratiques*, décembre 1851.)

COQUELUCHE (*Nouveaux faits relatifs à l'emploi des cautérisations du larynx dans le traitement de la*). Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, dans ce journal (t. 38, p. 326), les bons résultats que M. Ebon Watson avait obtenus des cautérisations du larynx dans le traitement de la coqueluche, et nous avons eu depuis, nous-même, l'occasion de vérifier les effets favorables de cette pratique dans plusieurs cas de cette maladie. Il manquait cependant à cette médication d'avoir été essayée sur une assez grande échelle et dans des conditions assez variées pour qu'on fût définitivement fixé sur sa valeur relative; et c'est là ce qui donne aux recherches de M. le docteur Joubert (de Chinon) un intérêt et une importance incontestables. M. Joubert n'a pas, du reste, été conduit à employer ce traitement dans la coqueluche par le désir de modifier l'élément spasmodique en agissant sur les nerfs qui se distribuent aux voies respiratoires, mais seulement par l'idée théorique de modifier la disposition en vertu de laquelle s'opère la sécrétion morbide, à la présence de laquelle il attribue la toux convulsive. On comprend que ce n'est pas sur ce terrain que nous voulons suivre M. Joubert, mais bien sur celui des résultats qu'il a obtenus de la cautérisation du larynx avec la solution de nitrate d'argent. Il n'y a pas une grande différence entre le procédé opératoire suivi par M. Joubert, et celui de M. Watson; seulement le premier emploie des solutions concentrées à des degrés différents, depuis 1 gramme jusqu'à 4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, et qu'il désigne par les numéros 1, 2, 3, 4. La quantité de mucus présent dans le larynx ou la trachée au moment de la cautérisation, quantité qu'il apprécie par l'intensité plus ou moins grande des râles, détermine le degré de concentration de cette solution. De plus, M. Joubert répète ces cautérisations une fois toutes les vingt-quatre heures, tandis que M. Watson n'y revient que tous les deux jours. Quant à l'instrument dont se sert notre confrère, c'est un morceau de baleine de 20 centimètres environ de longueur, et de

5 à 6 millimètres de diamètre, recourbé à une de ses extrémités en forme de sonde; on donne cette courbure au morceau de baleine, en le plongeant dans l'eau bouillante; il devient alors plus flexible, perd son élasticité et conserve, en se refroidissant, la courbure qu'on lui a donnée. A l'extrémité recourbée de cette baleine on fixe solidement un morceau d'éponge de forme olivaire, de la grosseur d'une aveline à peu près; cette éponge est imbibée d'une quantité de solution aussi grande que possible, de manière que la moindre pression exercée sur cette éponge en fasse écouler plusieurs gouttes de liquide. Avec le manche d'une cuiller d'argent tenu de la main gauche, on abaisse fortement la base de la langue. Au moment de l'application du manche de la cuiller sur la langue, l'enfant fait ordinairement un haut-le-corps par lequel le larynx est porté en haut et en avant; l'épiglotte se trouve dans ce moment repoussée en arrière par le tissu adipeux que recouvre sa face antérieure, et ferme alors l'orifice supérieur du larynx. Il faut attendre, pour porter l'éponge sur ce point, que le larynx soit redescendu et que l'épiglotte se soit relevée; par un léger mouvement d'élévation de la partie de la baleine qui se trouve au dehors de la bouche, on imprime un mouvement de bascule à l'extrémité portant l'éponge, et celle-ci pénètre jusqu'à la glotte; puis, par une légère pression contre les parois du larynx, on en exprime plusieurs gouttes de caustique, qui, entraînées par leur poids et par la longue inspiration qui suit cette manœuvre, descendent au-dessous de la glotte et pénètrent plus ou moins loin dans les voies aériennes. Lorsque l'enfant vient de manger, il survient immédiatement des vomissements; dans le cas contraire, il n'y a pas de vomissements, mais seulement une quinte ou un accès de toux, avec des caractères différents, suivant la différence des quintes, leur intensité, le temps qui s'est écoulé depuis qu'un accès de toux a eu lieu et surtout suivant l'époque de la seconde période à laquelle on se trouve; ainsi, dans les deux premiers jours de la seconde période, le plus souvent la toux est purement catarrhale, surtout si peu de temps s'est écoulé depuis qu'une quinte convulsive s'est produite; dans une période plus avancée, s'il n'y a pas eu de quintes depuis longtemps, s'il existe des râles muqueux et sibilants nombreux, une quinte ou un accès de toux convulsive suit immédiatement l'application du caustique, et est terminée par l'expuition d'un liquide blanc laiteux. Au summum d'intensité de la coqueluche, chaque cautérisation provoque infailliblement une quinte ou un accès spasmodique.

Quels ont été les résultats obtenus de cette médication par M. Joubert? Sur 109 malades, 11 ont été traités par les boissons émollientes seulement ou par les vomitifs (ipécacuanha), par les stupéfiants (poudre de racine de belladone); durée moyenne, quarante-cinq jours. Les 98 autres ont été traités par les cautérisations; mais, sur ce nombre, il faut en diminuer 30 chez lesquels la cautérisation n'a pas été faite d'une manière suivie. Il en reste 68 que l'auteur a répartis en trois séries; la première, comprenant les cas dans lesquels cette médication a été commencée dans les deux premiers jours de la deuxième période; la seconde, ceux dans lesquels elle a été commencée du deuxième au huitième jour de cette seconde période; enfin, la troisième, les cas dans lesquels la cautérisation n'a été commencée que du huitième au quinzième jour de cette seconde période. Or, sur 40 cas de la première série, 37 ont guéri; à savoir, 17 dans un intervalle de quatre à huit jours (cessation de la deuxième période ou période convulsive), et par 3 à 7 cautérisations; 8 de huit à quinze jours par 7 à 18 cautérisations; 12 de quinze à vingt-huit jours par 13 à 24 cautérisations. Dans la deuxième série, 16 cas, 15 guérisons. Durée de la deuxième période, de huit à quatorze jours dans 8 cas, après 3 à 8 cautérisations; de treize à vingt-quatre jours dans 4 cas, par 8 à 15 cautérisations; de dix-huit à vingt jours dans 3 cas, par 15 à 21 cautérisations. Dans la troisième série, 12 cas, 9 guérisons. Durée de la deuxième période, de treize à vingt-un jours dans 4 cas, par 3 à 8 cautérisations; de dix-huit à vingt-cinq jours dans 5 cas, par 8 à 12 cautérisations. En résumé, dans 40 cas, l'emploi des cautérisations a produit une guérison rapide, dans 20 cas, une diminution très-évidente

dans l'intensité des symptômes et la durée de la maladie ; dans 8 cas seulement, cette médication est demeurée sans effet. Sur les 40 cas de guérison, il y a eu 7 récidives. C'est du cinquième au douzième jour de la deuxième période que l'emploi du nitrate d'argent a modifié le plus lentement l'intensité et la marche de la maladie. (*Recueil des trav. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 1er et 2e trim. de 1851.)

ELLEBORE BLANC (*De l'emploi de la teinture d'*) *contre le pityriasis versicolor*. Il s'agit ici d'un moyen entièrement empirique et dont on chercherait en vain à s'expliquer le mode d'action. Mais si l'on considère d'une part l'extrême ténacité de la forme particulière du pityriasis dont il est question, et d'autre part l'insuffisance, pour ne pas dire l'inefficacité presque constante des moyens généralement usités en pareil cas, on ne voit pas de motif d'hésiter à recourir à ce moyen dont le docteur Spengles rapporte en ces termes les heureux résultats :

Obs. I. Une fille tuberculeuse, âgée de vingt-un ans, affectée depuis de nombreuses années de taches hépatiques occupant toute la partie supérieure du dos et s'étendant au cou et sous les bras jusque sur les seins, fut guérie dans huit jours avec la teinture d'ellébore blanc, sans administration d'aucun autre médicament interne ou externe.

Obs. II. Un candidat en théologie, portant depuis plusieurs années un pityriasis versicolor siégeant sur la région de l'estomac et s'étendant jusque vers le mamelon, fut traité sans effet par des acides et des alcalis. Guérison complète au bout de huit jours par l'emploi extérieur de la teinture d'ellébore blanc.

Obs. III. Un commis négociant, portant depuis longtemps un pityriasis versicolor occupant presque toute la poitrine, une partie du cou et du bas-ventre, contre lequel on avait employé inutilement des purgatifs et des dépuratifs, vit disparaître en peu de jours son exanthème par les mêmes frictions. (*Neue medicin. chirurgische Zeitung*, 1851.)

EMPOISONNEMENT *par absorption de substance animale*. Un fait à jamais regrettable, dont un honorable confrère a été victime, vient récemment de se passer à Rouen, fait qui renferme un double enseignement dont devront profiter les médecins journellement exposés à d'aussi redoutables dangers, et le public qui apprendra à quel prix et à quelles conditions de dévouement s'exerce notre profession. Voici ce fait, tel que l'a rapporté M. le docteur Vingtrinier, l'un de ses témoins.

Le 4 novembre dernier, à neuf heures du soir, le docteur Quesnel saignait un M. J..., qui était pris de la veille seulement d'une angine aiguë avec accompagnement de symptômes inflammatoires généraux et locaux très-prononcés ; ce malade mourut après quarante-huit heures seulement de maladie : il était ordinairement d'une bonne santé. Après la saignée, en nettoyant sa lancette, notre confrère se fit une légère incision au doigt médius de la main droite, près de l'ongle et du côté de l'indicateur ; le sang apparut aussitôt et assez abondamment pour l'engager à se servir d'un morceau de papier qui se trouvait sur une table, et entoura son doigt afin de ne plus être gêné dans le nettoiement de sa lancette. M. Quesnel ne fit plus attention à cet accident, sur lequel rien ne semblait devoir donner l'éveil, car l'inspection de la gorge n'avait fait remarquer qu'une surface enflammée très-rouge et pas du tout tachée par des points gangréneux ou couenneux. Quoi qu'il en soit, la plaie du doigt ne se guérit pas par adhésion immédiate, elle devint le siége d'une inflammation et d'une suppuration ; du gonflement, de la douleur et de la rougeur se développèrent ensemble, et le sixième jour après la coupure, un médecin appelé vit une pustule ressemblant assez à un bouton de vaccin en suppuration avancée. Le dimanche 9 novembre, cinquième jour, le malade ressentit pour la première fois, dans la journée, un malaise général, un froid tout particulier dont il se plaignit dans plusieurs maisons, des frissons, des maux de tête. Rentré chez lui dans le milieu du jour, il fit remarquer à sa femme du gonflement à son doigt et à sa main, et se fit appliquer dessus un cataplasme ; dans la nuit le bras se tuméfia aussi, et dans la journée de lundi 10 novembre, les glandes axillaires devinrent douloureuses, gonflées, ainsi que le tissu cellulaire de la région pectorale et scapulaire.

M. Quesnel fit alors promener des

cataplasmes laudanisés sur toutes les parties douloureuses, sans se souvenir ou peut-être en affectant devant les personnes de sa maison de ne pas se souvenir de l'accident du 4 novembre.

Cependant, dans la soirée du lundi au mardi, la fièvre devint très-forte, des sensations internes de souffrance le surprirent, et à onze heures du soir seulement il consentit à faire appeler un de ses amis, le docteur Voranges, qui constata tous les symptômes susdits, à l'exception de l'état du doigt, que M. Quesnel se refusa de faire voir, malgré la prière de sa femme, disant que cela n'avait aucun rapport avec ce qu'il ressentait.

Cependant le docteur Voranges alla voir son ami le lendemain mardi dès le matin, inquiet déjà de ce qu'il avait vu et regrettant de n'avoir pas inspecté le doigt malade; ce fut alors qu'il vit à l'endroit de l'incision une sorte de pustule en suppuration et qu'il sut dans quelles circonstances l'accident était arrivé.

Ce jour, mardi, septième jour d'incubation, les parties engorgées, c'est-à-dire la main, le bras, l'aisselle, la face et le côté correspondant du cou, étaient plus gonflés; partout la face avait pris la teinte pâle ou livide, prélude de la gangrène; d'autre part, les symptômes généraux marchaient vite, le ventre était devenu ballonné, les douleurs de tête s'accrurent, et, malgré les efforts intellectuels du malade, quelques paroles délirantes échappèrent. MM. Leudet et Voranges, réunis auprès du malade, n'hésitèrent pas à voir dans tout l'appareil des symptômes locaux et généraux un *empoisonnement par venin animal*, comparable à celui de la vipère ou de certains serpents. L'infection était générale, les symptômes marchaient, le pouls s'affaiblissait, les forces vitales s'amoindrissaient; l'intelligence seule se maintenait intacte, sauf dans quelques instants. Le mercredi, à trois heures, le docteur Quesnel s'entretenait encore avec lucidité avec un ecclésiastique de ses amis; mais peu après la divagation des idées se montra continue, et à cinq heures ce malheureux confrère succomba; il n'était âgé que de cinquante ans.

C'est là un de ces exemples de viciation spontanée des humeurs, plus fréquents peut-être qu'on ne pense, et dont les effets redoutables sont de nature à rappeler l'attention des praticiens sur cet ordre particulier de phénomènes auquel les anciens donnaient le nom de malignité. (*Gaz. des Hôpit.*, décembre 1851.)

HUILE DE FOIE DE MORUE (*Bons effets de l'*) *dans le traitement de la cachexie des prisonniers.* Sous le nom de cachexie des prisonniers, le docteur Caleb Rose, médecin de la prison de Swaffham, appelle l'attention sur une forme particulière de scrofule, bien connue de tous ceux qui ont été attachés comme médecins à des prisons ou à des maisons de réclusion, et dont nous avons vu, pour notre part, bon nombre d'exemples. Les hommes qui en sont affectés, dit-il, n'étaient pas ce qu'on peut appeler robustes à leur entrée dans la prison; toutefois, ils ne paraissaient souffrir ni de scrofule ni d'aucune autre maladie. C'est toujours, ajoute-t-il, au moins après six mois de séjour, quelquefois après huit mois, un an, deux ans même dans quelques cas, que les premiers symptômes de la maladie commencent à se montrer. Peu à peu on s'aperçoit que les prisonniers sont plus pâles et plus maigres que d'habitude; leur moral est affecté; perte d'appétit; peu d'appétence pour les aliments; mauvais sommeil la nuit et souvent même transpirations abondantes; un peu de diarrhée; pouls vite, irritable et faible. En même temps, dans tous les cas, on trouve quelques-uns des ganglions cervicaux plus ou moins engorgés, et cet engorgement fait en peu de temps de grands progrès. Dans les cinq premières années où il a été attaché à cette prison, M. Rose a vu trois malades succomber à une affection tuberculeuse, deux à une phthisic galopante, et un troisième à une péritonite tuberculeuse. Quant à ceux qui présentaient des signes très-prononcés de scrofule, on leur fit remise du reste de leur peine, et ils se rétablirent rapidement après leur sortie. Ce fut dans ces circonstances que M. Rose songea à l'huile de foie de morue pour combattre cette cachexie scrofuleuse. L'efficacité bien connue de ce médicament dans diverses formes de cachexie, dans la scrofule, le rachitisme, etc., rendait très-probables les bons effets qu'il s'en promettait; son attente ne fut pas trompée, et voici la pratique qui est

généralement adoptée aujourd'hui à la prison de Swaffham. Aussitôt qu'un prisonnier montre les premiers signes de cette altération de la santé, que l'on sait aboutir au développement de la scrofule, il est mis immédiatement à l'usage de l'huile de foie de morue; dans tous les cas, dit M. Rose, et en très-peu de temps les malades ont recouvré leur coloration, leur embonpoint et leur santé habituelle. Les deux premiers malades auxquels il l'administra avaient les ganglions cervicaux fortement engorgés, et déjà abcédés chez l'un d'eux; leur état était tel que l'on avait déjà songé à leur faire remise du reste de leur peine, lorsque, par l'emploi de l'huile de foie de morue, il se fit en un mois un tel changement qu'on les garda jusqu'à l'expiration de leur peine, et qu'ils quittèrent la prison en aussi bonne santé qu'ils y étaient entrés. Depuis lors, M. Rose n'a pas encore rencontré de cas aussi fâcheux, parce que l'huile de foie de morue a été administrée en temps opportun, dès les premiers signes de l'altération de la santé. — Nous appelons l'attention de nos confrères sur cet heureux emploi de l'huile de foie de morue, comme moyen de prévenir chez les prisonniers la production de la scrofule et de la cachexie tuberculeuse, qui en font périr un si grand nombre. (*Prov. med.* et *Surg. Journal*, novembre.)

NEVRALGIES *de la cinquième paire* (*Valérianate de zinc associé aux extraits de jusquiame et d'opium contre les*). Dans la réaction de notre époque contre la poly-pharmacie du siècle dernier, on a poussé beaucoup trop loin la proscription des mélanges et des associations pharmaceutiques. Si les méthodes expérimentales s'accommodent peu de ces mélanges dont l'action est moins susceptible d'être appréciée avec précision qu'un agent unique, l'expérience pratique n'en a pas moins consacré les avantages de certaines associations douées d'une action énergique, que l'on demanderait en vain à chacun de leurs composants isolé. C'est sur une nouvelle association de ce genre que nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

On sait les bons résultats que le valérianate de zinc a déjà donnés entre les mains d'un bon nombre de praticiens. Cependant son efficacité n'est pas infaillible. A côté de ses succès, des insuccès ont été constatés. En présence de ces témoignages de l'insuffisance de ce médicament dans certains cas, M. le docteur Tournié a eu l'idée que, si au valérianate de zinc agissant comme antispasmodique et composé lui-même de deux substances réputées telles, on associait des substances qui agiraient comme narcotiques, dans des affections dont la douleur est le symptôme prédominant, on obtiendrait des effets plus constants et plus assurés. Il a même conçu l'espoir de combattre, à l'aide de cette association d'agents thérapeutiques de force multiple, les névralgies faciales *rhumatismales*, beaucoup plus rebelles que les névralgies simples.

Le mode d'administration que M. Tournié a adopté diffère essentiellement de celui qui est généralement en usage. D'après l'auteur, cette médication ne réussit bien sûrement que lorsqu'elle est employée contre les névralgies occupant les nerfs de la cinquième paire, et en ne laissant pas des distances trop éloignées entre chacune des doses qu'on a prescrites. Il formule, en conséquence, des pilules qui contiennent chacune 5 centigrammes de valérianate de zinc, 2 centigrammes 1/2 d'extrait de jusquiame, et 1 centigrammes 1/2 ou 2 centigr. d'extrait d'opium.

Soit :

Pr.	Valérianate de zinc...	30 centigr.
	Extrait de jusquiame.	15 centigr.
	Extrait d'opium......	8 centigr.
	Conserve de roses...	Q. S.

Pour faire 6 pilules.

Le premier jour, on donne 2 ou 3 de ces pilules, selon l'intensité de la névralgie, une par une, à trois heures d'intervalle entre chaque pilule. Il est très-rare, suivant M. Tournié, que cette première dose ne calme pas presque complétement la douleur; si elle n'est que légèrement diminuée, on renouvelle, le second jour, la même dose que celle du premier jour. Lorsque la névralgie a été très-sensiblement diminué d'intensité, on donne deux ou ou une pilule par jour, selon qu'on en avait donné trois ou deux les premiers jours; et, au bout de quatre ou cinq jours, la névralgie est guérie.

Telle a été la marche ordinaire de la maladie et du traitement. L'au-

teur rapporte à l'appui huit observations. Trois de ces observations réunissaient toutes les conditions qui pouvaient faire considérer ces névralgies comme de nature rhumatismale.

Dans l'une d'elles, il s'agit d'un homme habitant dans une maison nouvellement construite, un appartement humide, à un rez-de-chaussée; la névralgie siégeait d'abord dans l'œil gauche, s'était portée sur l'autre œil, où elle avait acquis une intensité et une persistance telles, qu'elle avait résisté à un grand nombre des moyens employés en pareille circonstance. En quatre jours de traitement par le valérianate de zinc associé, la guérison fut complète.

Les deux autres malades avaient déjà été atteints de rhumatisme; l'un d'eux était même affecté de diathèse goutteuse rhumatismale. Cette complication a nécessité un traitement d'une certaine durée, relativement court cependant, si l'on tient compte de la ténacité habituelle de ces affections (neuf jours dans le premier cas; une vingtaine de jours environ dans le second cas, où quelques interruptions du traitement furent nécessitées par l'intervention d'autres accidents morbides).

Enfin, dans les cinq autres cas, où il s'agissait de névralgies simples des régions sus-orbitaire ou temporale, la guérison a eu lieu dans trois cas en deux jours, dans un cas en trois jours, et dans un autre en six jours.

Il est bien entendu, et l'auteur a spécifié lui-même la limite de cette indication, que cette médication ne peut être employée avec fruit que dans les névralgies à type continu et sans complication d'infection syphilitique. Quant aux névralgies à type intermittent ou rémittent, on ne pourrait évidemment compter tout au plus que sur un apaisement de la douleur; mais l'auteur pense que le valérianate de quinine constituerait le mode de traitement le plus efficace et le plus promptement actif de cette forme de névralgie.

Nous ne pouvons qu'engager les les praticiens à expérimenter la nouvelle formule de M. Tournié, qui ne peut certainement qu'augmenter la valeur d'un médicament injustement proscrit, à notre avis, par quelques thérapeutistes éminents. (*Union médicale*, décembre 1851.)

PESSAIRES MÉDICAMENTEUX (*Nouvelles remarques sur l'emploi des*) *dans certaines formes de maladies utérines*. Nous avons appelé l'attention de nos lecteurs, il y a quelques années, sur l'emploi des pessaires médicamenteux, dont les anciens faisaient un grand usage, et que M. le professeur Simpson a fait revivre, en en modifiant la composition, suivant les indications que l'on se propose de remplir. Nous voyons avec peine que l'emploi de médicaments aussi utiles ne se généralise pas, et que les praticiens négligent un ordre de moyens qui serait de nature à leur rendre surtout de grands services dans les cas où il existe des phénomènes douloureux vers l'appareil génital. Sous le nom d'irritation de l'ovaire, on a décrit récemment en Angleterre, et M. Tilt avait décrit également, sous le nom d'ovarite sub-aiguë, une affection assez mal caractérisée, et qui consiste en des douleurs souvent très-vives, revenant ordinairement par accès, ayant pour siége l'une ou l'autre des régions inguinales ou iliaques, toutes deux même dans certains cas, et augmentant considérablement par la station debout et par la marche, sans qu'on trouve, soit dans l'utérus, soit dans le ligament large, rien qui puisse en rendre compte. Ces douleurs, qui ont bien plus de rapports avec des accidents névralgiques qu'avec une irritation véritable, résistent souvent aux sangsues, surtout chez les femmes faibles et délicates, qui s'en trouvent assez mal, cèdent plus facilement aux vésicatoires *loco dolenti* et aux lavements laudanisés; mais, d'après M. Churchill, le moyen qui réussit le mieux, c'est l'introduction dans le vagin, avec le spéculum et en contact avec le col de l'utérus, d'un pessaire médicamenteux, en forme de grosse bille, préparé avec 10 centigrammes d'opium, 2 grammes de cire blanche et 6 grammes d'axonge. Le soulagement, dit M. Churchill, est très-rapide, et le plus souvent complet; dans les cas même où la douleur reparaît quelques jours après, une seconde application en fait justice; la sensibilité disparaît avec les douleurs. Depuis qu'il fait usage de ces pessaires, M. Churchill a renoncé aux sangsues et aux vésicatoires; il dit s'en être bien trouvé aussi dans les cas de dysménorrhée, en les appliquant la

veille ou l'avant-veille du jour où les règles sont attendues. (*Dublin Journ. of medicine*, 1851.)

TÆNIA (*Nouveau spécifique contre le*). *Ecorce de l'arbre musenna* (*d'Abyssinie*). Abondance de biens ne nuit pas. Nous possédons le grenadier, la fougère mâle et le kousso contre le tænia. Voici venir un nouveau spécifique qui, comme le dernier, eroît en Abyssinie, cette contrée de prédilection du tænia, et paraît jouir de la même efficacité, d'après le rapport de M. le docteur Prunerbey. Ce médecin, après avoir employé avec succès jusqu'en 1848 le kousso chez un très-grand nombre de malades, essaya, sur l'avis de son ami M. d'Abadie, revenant d'un voyage au Caire, l'écorce jeune de l'arbre musenna, remède populaire dans l'Abyssinie contre le tænia.

La première expérience en fut faite sur un maître de langue, natif de Gondar, qui accompagnait M. d'Abadie. Des bols faits avec 60 gramm. d'écorce réduite en poudre et de la viande hachée et légèrement cuite furent administrés au malade, qui, pour toute nourriture, ne reçut qu'un peu de riz; le soir qui précéda l'administration du médicament et pendant toute la journée il ne mangea rien jusqu'au soir, où il eut encore un peu de riz. Dès le lendemain le tænia entier fut rendu avec une selle molle en plusieurs morceaux un peu ramollis et infiltrés.

Dans ces deux dernières années, l'auteur a encore employé avec succès complet ce remède chez 19 individus.

L'action de l'écorce jeune de musenna se distingue de celle du kousso, en ce qu'elle tue le parasite sans provoquer la diarrhée. (*Neue medicinisch-chirurgisch Zeitung*, et *Gaz. méd. de Paris*, décembre 1851.)

VARIÉTÉS.

La séance annuelle pour la distribution des prix aux élèves des hôpitaux de Paris et pour la nomination des Internes et des externes a eu lieu le 10 janvier 1852, sous la présidence de M. Davenne, directeur général de l'assistance publique. Voici d'abord les noms des lauréats :

Prix de l'internat. — 1re division : *Médaille d'or*, M. Mailly ; *Médaille d'argent*, M. Axenfeld ; *mentions honorables*, MM. Triboulet et Piachaud. 2e division : *Médaille d'argent*, M. Duménil ; *accessit*, M. Laboubène ; *mentions honorables*, MM. Maingault et Grau. *Prix de l'externat*. — *Prix* : M. Caron ; *accessit*, M. Henry ; *mentions honorables*, MM. Marsé et Zapfle.

Après la distribution de ces récompenses, on a proclamé les noms des *internes en médecine et en chirurgie*, rangés par ordre de mérite. Ce sont MM. Caron, Henry, Marsé, Zapfle, Boucher, Duchaussoy, Leplot, Remilly, Desnor, Masson, Arrachar, Codet, Bidard, Thomas, Gaujot, Bucquoy, Massans, Pied-Noël, Boscredon, Lafargue, Turner, Maurice, Titou, Gaube, Zambaco, Boureau, Dueluzeaux, Dolbeau, Isambert, Cadet-Gassicourt, Blache, Charrier. — *Internes provisoires :* MM. Liégar, Billoir, Garreau, Bignon, Dupuy, Collot, Tarnier, Parret, Rabaud, Fauvel, Blachez, Amen, Bourcy, Vaullet, Ollivier, Fleurot, Luys, Moisant, Quentin, Voisin, Amestoy, Frémineau, Margerie, Boutequoy, Vidal, Godard.

On a proclamé ensuite les noms des 190 élèves qui ont été nommés *élèves externes* des hôpitaux ; les trois premiers élus sont MM. Dumont-Pallier, Billard et Colin.

Les épreuves du concours d'hygiène sont aujourd'hui en pleine activité ; déjà a eu lieu la lecture des compositions écrites sur la question suivante : *De l'acclimatement*. A la liste du jury que nous avons publiée, il faut ajouter les cinq membres fournis par l'Académie : ce sont, MM. Caventou, Sou-

beiran, Lecanu, Géravdin et Villermé. MM. les professeurs Richard et Chomel ont été remplacés par MM. Laugier et Denonvilliers.

Une statistique publiée à Berlin montre que le corps médical prussien se compose de : 287 médecins de cercles, 3,266 autres médecins, 962 chirurgiens de première classe et 973 chirurgiens de deuxième ; total, 5,488. Ce chiffre, réparti sur la population entière, qui, suivant le dernier recensement, était de 16,216,912 personnes, donne un praticien par environ 3,000 habitants. Le nombre des pharmaciens est de 1,471.

Le président de la République, dans sa sollicitude pour les classes ouvrières, vient de mettre à l'étude un nouveau projet de bains et de lavoir public. Quatre grands établissements seront créés dans les principaux centres de la population, où les ouvriers de Paris trouveraient à très-bas prix, non-seulement des bains d'eau ordinaire, mais encore des douches et des bains de vapeur. Un médecin serait attaché à ces établissements pour donner des consultations gratuites aux ouvriers qui désireraient se faire traiter à domicile.

De nombreuses mutations viennent d'avoir lieu dans le personnel médical des hôpitaux, par suite du décès de MM. Baudelocque et Honoré, et de la création d'une place de médecin à l'hôpital des Enfants-Malades. MM. Bouvier et Gillette passent à l'hôpital des Enfants, M. Requin à l'Hôtel-Dieu, M. Valleix à la Pitié, M. Grisolle et M. Barth à Beaujon, MM. Guéneau de Mussy (Noël) et Vernois à Saint-Antoine, M. Barthez à Sainte-Marguerite, M. Pidoux à Bon-Secours, M. Cazalis à la Salpêtrière, M. Tardieu à La Rochefoucauld. Il reste à pourvoir à trois places de médecin, à La Rochefoucauld, à Sainte-Périne, au traitement de surveillance de la teigne, pour lesquelles MM. Legendre, Becquerel et Bouchut, médecins du bureau central, ont été désignés.

M. Pasquier, ancien chirurgien en chef des Invalides, chirurgien de Louis-Philippe, membre du Conseil de santé des armées, nommé, il y a quelques jours seulement, commandeur de la Légion-d'Honneur, vient de succomber à une pneumonie, à peine âgé de cinquante-sept ans. Malgré sa nombreuse clientèle et les places élevées qu'il n'a pas cessé d'occuper, il laisse une famille nombreuse sans fortune. En reconnaissance des services rendus par M. Pasquier à la chirurgie militaire, le Président de la République vient généreusement d'accorder une pension de 2,000 fr. à la veuve de ce chirurgien éminent, et de décider que ses cinq enfants seraient élevés à Saint-Denis ou dans un lycée.

En tête des vœux exprimés d'une façon incessante par la corporation médicale, se trouve la répression du charlatanisme. M. Reveil, maire de la ville de Lyon, vient de rappeler un arrêté de son prédécesseur ainsi conçu : « Aucune annonce de remèdes ne pourra être affichée ni placardée si lesdits remèdes ne sont extraits du *Codex*, ou si le débit n'en est légalement autorisé ; enfin, si ladite annonce contient l'indication desdits remèdes, attendu les abus qui peuvent résulter des indications de cette nature. » Si toutes les autorités municipales de France adoptaient une semblable mesure, le coup le plus rude serait porté à cette plaie sociale.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA SUSCEPTIBILITÉ ET L'ÉTAT RÉFRACTAIRE DE LA PEAU A L'ACTION LOCALE DES IRRITANTS EN GÉNÉRAL ET EN PARTICULIER A CELLE DU TARTRE STIBIÉ.

Par M. le docteur DUPARCQUE, membre de la Société de médecine.

La question de l'emploi de l'émétique par absorption cutanée, comme extension ou succédané de la méthode rasorienne, et que nous avons soulevée, discutée, résolue dès 1829 (1), vient d'être remise à l'ordre du jour par la publication d'un mémoire sur le même sujet (2).

Pour satisfaire aux pressantes sollicitations d'honorables confrères, et obéir au désir que nous éprouvons d'être utile aux praticiens, nous allons rappeler succinctement ce que nous avions dit sur cette question d'un si haut intérêt, en l'éclairant du fruit des observations et remarques qui, depuis, sont venues augmenter les preuves, confirmer et étendre les assertions que nous avions produites.

Dans l'état ordinaire, la médication irritante, appliquée à la peau, provoque de la douleur, de l'irritation, de l'inflammation à formes variées selon la nature et l'espèce des moyens employés; ainsi devant l'action des uns, ce sont des inflammations diffuses, érythémateuses ou érysipélateuses, qui se développent (rubéfiants); d'autres (les épispastiques) ou les mêmes par la prolongation de leur application, déterminent la vésication; d'autres encore font naître des éruptions, soit miliaires (huile de croton tiglium), soit pustuleuses (tartre stibié).

Ces effets locaux forment la loi générale, mais il est des exceptions. La peau ne répond pas toujours à ces provocations. On étend maintenant à cette disposition exceptionnelle les dénominations de tolérance, d'état réfractaire, expressions qui n'avaient pas encore communément cours dans le langage médical, lorsque nous traitions du sujet en question.

Cet état réfractaire peut être naturel, tenir à une idyosincrasie particulière ; il peut être provoqué artificiellement, ou enfin se manifester spontanément à l'occasion de certaines conditions morbides ou pathologiques.

Nous passerons légèrement sur la première de ces exceptions, d'après laquelle, par exemple, il est impossible, ou au moins très-difficile

(1) Nouvelle Bibliothèque médicale, 1829, tome IV, pages 323 et suivantes.

(2) Essai sur la méthode stibio-dermique, par M. J. Guérin, Gazette médicale, 1851.

de produire la vésication chez certains individus. Cette disposition naturelle a pour contre-partie la susceptibilité parfois extrême que la peau présente chez d'autres sujets, et d'où résultent des réactions exagérées non-seulement sous les applications irritantes, mais même au contact des médicaments les plus doux, comme les corps gras ou les topiques qui en contiennent même en très-petite quantité, tels que les cataplasmes de farine de lin, etc. Nous pourrions rapporter, si les exemples n'en étaient pas si communs, des cas dans lesquels des applications de cette nature ont fait éclater des érysipèles, des éruptions miliaires ou vésiculeuses, qui souvent alors ne se bornent pas aux parties en contact avec le médicament, mais se propagent et peuvent s'étendre à toute l'enveloppe cutanée.

Il importe, sans aucun doute, de tenir compte de ces conditions idiosyncrasiques dans la pratique médicale ; mais elle n'en peut profiter que quand déjà des épreuves antérieures les font prévoir, ou qu'on a lieu de les présumer d'après certains rapports héréditaires.

Rappelons pour mémoire, aussi, la tolérance de la peau, artificiellement acquise par l'action générale ou locale des anesthésiques, par exemple.

L'état réfractaire ou la tolérance de la peau contre l'action locale des médicaments irritants, et qui s'observe dans le cours des maladies, est un objet d'étude d'une haute importance pour la thérapeutique.

Nous avions souvent été frappé de cette disposition pathologiquement acquise, soit dans les hôpitaux pendant notre internat, soit ensuite dans notre pratique particulière. Ainsi, et particulièrement dans des phlegmasies des organes des grandes cavités splanchniques, telles que méningites, cérébrites, pneumonies, pleurésies, métrites, péritonites, nous avions vu parfois les sinapismes et les vésicatoires être sans effets locaux en rapport avec la force du topique et la durée de leur application. Mêmes résultats négatifs dans les fièvres graves qu'on nommait alors ataxiques, adynamiques, maintenant dites typhoïdes.

Nous constations en même temps deux autres phénomènes concomitants : la persistance des fonctions absorbantes de la peau, qui continuaient de s'exercer sur la substance médicamenteuse ; et la pénétration de celle-ci par imbibition, par imprégnation, dans les parties tégumentaires sous-jacentes.

Nous n'avons pas à nous prononcer sur le rôle diversement interprété par les physiologistes que ces phénomènes, l'un actif ou vital, l'autre passif ou physique, remplissent dans l'absorption. Qu'ils soient distincts ou qu'ils ne constituent qu'un seul et même acte, toujours est-il qu'ils se manifestent par des effets différents, que nous allons faire connaître.

§ I. — *Etat réfractaire pathologiquement acquis de la peau, avec persistance des fonctions absorbantes. — Bases de la méthode d'administration de l'émétique par cette voie, comme contro-stimulant et résolutif.*

La persistance de l'absorption dans les conditions qui nous occupent est surabondamment prouvée par l'action que les vésicatoires exercent sur les voies urinaires, dans les cas précités où ces topiques ont plus ou moins complétement échoué.

C'est en réfléchissant sur ces faits de disposition de la peau à se refuser à l'action locale des irritants, tout en conservant ses facultés absorbantes, que l'idée nous est venue de nous servir de cette voie pour administrer le tartre stibié, donner ainsi une nouvelle extension à l'usage de la méthode rasorienne, substituer cette voie au lieu et place des voies gastro-intestinales.

C'était à l'époque où la méthode italienne s'impatronisait en France. Les résultats des expérimentations pratiques auxquelles nous soumîmes cette nouvelle méthode (nous devrions, pour plus d'exactitude, dire nouveau mode d'emploi) vinrent donner gain de cause à nos prévisions. Bientôt (1829) nous consignâmes dans un mémoire, auquel se rattachait tout naturellement ce sujet, puisqu'il traitait des bases raisonnées du traitement des inflammations, les motifs, les effets, les résultats de cette méthode, appuyés des observations particulières qui en prouvaient la valeur (1).

Formulons les propositions qui résument les données que nous avons obtenues et publiées sur cette méthode de traitement, et les remarques y relatives que depuis nous avons eu l'occasion de faire :

1° Dans les phlegmasies viscérales violentes qui concentrent la puissance vitale, comme dans les fièvres graves qui la perturbent profondément, la peau n'est parfois plus sensible à l'action des médicaments irritants; mais alors l'absorption persiste, ainsi qu'un autre phénomène, l'imbibition, qui formera le sujet d'un autre chapitre.

2° Dans ces conditions morbides, le tartre stibié employé en frictions ne provoque pas la pustulation, et le médicament absorbé va produire dans l'économie les mêmes effets, donner les mêmes résultats que quand on l'administre par l'estomac, d'après la méthode rasorienne.

3° Dans les phlegmasies séreuses avec épanchement, soit simples (pleurésies, péritonites), soit compliquées (pleuro-pneumonies, métro-péritonites), les propriétés curatives du tartre stibié employé par ab-

(1) Nouvelle Biblioth. méd., loc. cit

sorption cutanée ne sont pas moins efficaces que contre les phlegmasies parenchymateuses (pneumonie, métrite, etc.).

4° La méthode italienne, à peu près exclusivement réservée aux affections aiguës de la poitrine et au rhumatisme articulaire aigu, a été essayée avec quelque succès dans des cas d'affection cérébrale. M. Dupuis a obtenu, sous son influence, une guérison remarquable d'une hydrocéphalie interne (Journal de médecine de la Gironde, t. I, p. 238). M. Gendrin a eu les mêmes résultats pour une affection cérébrale, et l'on sait que Laennec en avait constaté les bons effets dans trois cas semblables, comme aussi chez plusieurs apoplectiques, où l'épanchement sanguin ne semblait pas douteux.

Ces résultats témoignent qu'à l'action contro-stimulante du tartre stibié se joignent des actions fondantes et résolutives. Nous avons eu la preuve de cette dernière propriété par les heureux résultats que nous avons obtenus de notre méthode d'emploi de l'émétique par absorption cutanée dans les engorgements de l'utérus par congestion, phlegmasies chroniques, indurations (1), maladies vainement niées en haut lieu, dans une remarquable discussion sur ce sujet. D'après notre exemple et nos conseils, les mêmes résultats étaient venus couronner les essais d'un grand nombre de praticiens.

5° Comme la tolérance de l'estomac n'est pas constante, ou qu'en général elle ne s'établit pas d'abord, il y aurait justement à craindre que la méthode rasorienne ordinaire, appliquée aux affections cérébrales, et surtout aux affections de l'abdomen, qui par leur nature rentrent dans la classe de celles auxquelles convient ce moyen de traitement, ne fût ici plus nuisible qu'utile, à cause du siége même de ces maladies. C'est alors que notre méthode trouve une heureuse application, comme présentant les avantages de la méthode italienne sans en avoir les inconvénients. Trois observations, consignées dans notre mémoire (obs. XXI, XXII, XXIII), donnent l'histoire de métro-péritonites puerpérales, dont on connaît l'extrême gravité, et qui marchant, malgré les traitements ordinaires énergiquement employés, vers une terminaison fatale, se sont trouvées rapidement enrayées sous l'action de cette méthode (2). Plusieurs faits analogues sont venus depuis donner les mêmes résultats.

6° La disposition que la peau acquiert à ne pas répondre à l'action locale des irritants, elle la perd avec la cessation des conditions morbides

(1) Traité théorique et pratique des altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice; deuxième édition, page 233 et suivantes.

(2) Bibl. méd., *loc. cit.*, obs. XXI, XXII, XXIII. Traité des altérations de la matrice. Obs. CIV, CV, CVI, CVII.

u pathologiques qui l'avaient engendrée. Lorsque arrive l'époque où la nature tend à décentraliser l'activité vitale ou l'innervation concentrée vers les organes malades, qu'elle fait des efforts efficaces ou non, spontanés, ou thérapeutiquement provoqués pour rétablir l'équilibre fonctionnel dans toute l'économie, la peau récupère l'irritabilité normale qu'elle avait temporairement perdue. C'est ainsi qu'on voit alors les places de cette enveloppe, que les sinapismes avaient jusque-là laissées intactes, rougir, s'enflammer, se vésiculiser, suppurer, etc. ; ou bien l'application nouvelle des mêmes topiques provoquer des effets locaux qu'ils avaient auparavant refusés.

N'est-ce pas à cela qu'il faut attribuer l'éruption pustuleuse tardive qui s'observe parfois à la suite de l'emploi de la pommade stibiée, résultat que M. Guérin a remarqué, sans en rien conclure, dans ses expérimentations (1)?

7° Au reste, cette cessation de la tolérance de la peau à l'égard des irritants, et particulièrement du tartre stibié, s'observe également pour les voies digestives dans le traitement rasorien ; point d'analogie de plus qui existe entre cette méthode et la nôtre.

« Nous avons remarqué que la tolérance est d'autant plus grande que « l'état inflammatoire est plus intense, qu'elle diminue à mesure que « la maladie marche vers la résolution, et qu'il arrive ordinairement un « moment où les nausées, un dégoût, la répugnance insurmontable « que ce médicament inspire, annoncent qu'il est temps d'en arrêter « l'usage (2). »

8° Nous pourrions rapporter bon nombre de cas de coqueluches, de bronchites, de pneumonies lobulaires chez des enfants, où la pommade stibiée, même à haute proportion d'émétique, n'a pu provoquer de pustulation, maladies qui cependant ont été si rapidement amendées ou guéries, qu'il est permis d'attribuer ces heureux résultats à l'action du médicament absorbé.

9° Mais à côté de cette tolérance idiosyncrasique ou acquise se montrent des dispositions toutes contraires. Très-souvent des frictions stibiées même à proportions réduites, et employées avec ménagement, développent de larges et profondes pustules, frappent la peau de gangrène, d'où résultent des ulcérations dangereuses par leur étendue, par l'abondance de leur suppuration, par les douleurs dont elles sont le siége, longues et difficiles à cicatriser, et qui laissent alors des stigmates difformes, indélébiles.

Les mêmes observations et remarques surgissent relativement à l'huile

(1) Gaz. méd., *loc. cit.*, p. 688.

(2) Mémoire cité, Nouvelle Bibl. méd., page 324.

de croton-tiglium ; aussi les praticiens doivent-ils mettre la plus grande réserve dans l'emploi de ces moyens chez les enfants.

Les principales et fondamentales propositions qui précèdent ne sont que la répétition de ce que nous avons écrit en 1829 sur la méthode d'emploi du tartre stibié par absorption cutanée, comme analogue et succédanée de la méthode rasorienne.

C'est donc à tort que M. Guérin nous en conteste la priorité.

Plus juste que le savant rédacteur de la Gazette médicale, nous ne tairons pas ce qui lui appartient dans l'application qu'il a faite de cette méthode, et l'importance des effets qu'il en a obtenus.

Dans les cas où nous avons employé le tartre stibié par voie d'absorption cutanée, la tolérance de la peau, ses dispositions réfractaires à l'action locale ou pustuleuse du médicament, étaient indirectes ; elles avaient leur cause dans une perturbation générale, mais plus particulièrement dans l'affection d'organes n'ayant aucun rapport anatomique ou de continuité avec cette enveloppe.

Or, les expériences de M. Guérin tendent à établir que ces dispositions réfractaires peuvent aussi résulter d'un état morbide particulier de la peau elle-même, qui lui serait transmis par l'affection d'organes ou tissus qu'elle recouvre et avec lesquels elle est unie immédiatement ou par l'intermédiaire seulement du tissu cellulaire sous-jacent. C'est dans les arthrites aiguës, en effet, que M. Guérin a observé ce phénomène. Réfractaire à l'action pustuleuse de l'émétique dans les régions malades, la peau conservait sa susceptibilité normale au delà des limites de l'affection et dans toutes les autres régions de l'enveloppe tégumentaire.

Quoi qu'il en soit, les effets physiologiques et les résultats thérapeutiques de l'emploi de l'émétique par absorption cutanée, constatés par M. Guérin, sont en tout semblables à ce que nous avions signalé, et ses observations expérimentales apportent une haute confirmation et un puissant appui à la valeur de notre méthode.

§ II. — *Imprégnation des médicaments irritants tolérés dans les tissus avec lesquels ils sont en contact.*

La pénétration des substances médicamenteuses ou de leurs principes dans l'économie, par une sorte d'imbibition ou d'endosmose, est un fait physiologique incontestable.

Que ce mode de pénétration soit le principe de l'absorption, ce qui réduirait cette fonction à un acte physique ; qu'il ne soit que la condition première de cette fonction, ou qu'il constitue un phénomène à part, plus ou moins étranger à celle-ci, l'imbibition locale est prouvée par l'action des médicaments dans les parties sous-jacentes à l'appli-

cation; cette action se montre soit exclusivement, soit avant la manifestation des effets éloignés et généraux résultant du transport par le torrent circulatoire du médicament dans l'économie; ainsi la dilatation pupillaire de l'œil à la surface ou dans le voisinage duquel on a appliqué la belladone; la cessation des névralgies sous l'influence topique des sédatifs (1) avant ou sans l'action générale ordinaire de cette médication sur le système nerveux. Les contractions, les secousses se manifestent dans les muscles de la région sur laquelle on fait agir la strychnine, plus vivement et avant que ces effets se montrent dans les autres parties du système musculaire. Ces résultats que présentent journellement les méthodes iatraleptiques ou endermiques témoignent en faveur de ce mode de pénétration des médicaments et indiquent le parti que la thérapeutique est appelée à en tirer.

Mais ce phénomène, considéré sous un autre point de vue et comme élément pathogénique local, ne mérite pas moins l'attention des praticiens.

Nous l'avons signalé comme jouant un rôle, important à noter, dans les conséquences de l'état réfractaire de la peau à l'action locale des irritants (2).

En effet, il est d'observation que, dans les maladies aiguës phlegmasiques ou fébriles graves, les parties sur lesquelles des sinapismes ont été promenés, des vésicatoires apppliqués, sans que ces topiques aient produit, ou que très-incomplétement, leurs effets ordinaires, se trouvent frappées, quand la maladie tend vers sa terminaison, de destruction ulcéreuse rongeante, de mortification plus ou moins profonde.

Ces effets consécutifs ne peuvent se concevoir et s'expliquer que par la pénétration du médicament qui, en imprégnant les tissus, y éteint la vie. Les portions qui en sont le siége ne participent pas à l'expansion périphérique, au retour de la vitalité qu'amène le terme de la maladie. L'affaiblissement ou la suspension de la résistance vitale, dans les cas où la peau devient ainsi réfractaire à l'action locale des irritants, laisse le champ libre à l'imbibition, à la pénétration endosmosique.

Cette disposition peut être renforcée ou favorisée sous des circon-

(1) Un épithème composé d'extrait de belladone suffisamment épaissi par l'addition de poudre de belladone, et auquel on ajoute quelques centigrammes d'hydrate de morphine, appliqué sur le trajet des nerfs affectés, suspend en très-peu d'instants les névralgies dentaires, faciales, intercostales, etc.

(2) Biblioth. méd., *loc. cit.*, p. 336.

stances préexistantes ou actuelles, dont voici les principales : 1° l'intensité, la gravité de la maladie; exemple, les fièvres typhoïdes ; 2° le degré d'intensité ou d'activité du médicament : ainsi les effets que nous rappelons sont plus fréquents et plus profonds à la suite des vésicatoires qu'après les sinapismes; 3° la durée du contact, ou la répétition de l'application topique sur les mêmes parties, avec ou sans action immédiate; nous reviendrons sur ces conditions, qui sont les plus communes; 4° le sexe, l'âge, la constitution des sujets ; les effets s'observent principalement chez les femmes, et plus particulièrement chez les enfants; 5° la nature des autres moyens de traitement préalablement ou simultanément employés, c'est-à-dire les débilitants, comme saignées exagérées, mercuriaux, et surtout le calomel.

Il serait inutile de rapporter des exemples. Quel praticien n'a eu souvent les occasions de déplorer ces effets consécutifs par et dans les circonstances que nous venons d'esquisser? Mais nous ne pouvons en taire un, remarquable par les proportions funestes que ces effets ont acquises :

(1826). Mme B... avait eu, d'un premier mariage, trois enfants qu'elle a conservés. Elle eut, d'un second mariage, successivement trois autres enfants, qui présentèrent aussi d'abord toutes les garanties d'heureuse conservation ; mais arrivés à l'âge de vingt-deux à vingt-six mois, tous furent pris de *fièvre cérébrale* ou hydrocéphalie aiguë, maladies qui les moissonnèrent après onze à dix-sept jours de durée.

Devenue enceinte pour la septième fois, la quatrième depuis son second mariage, elle accoucha à terme d'une fille très-fortement constituée, comme les enfants précédents l'avaient été. La dentition s'accomplissait sans accidents ; mais, malgré toutes les précautions hygiéniques et autres dont on entourait l'enfant, elle est frappée, à vingt-trois mois, des mêmes symptômes qui avaient eu une terminaison si funeste chez les trois enfants précédents, et qui signalaient une affection cérébrale, une méningite aiguë. Entre autres moyens de traitement, un large vésicatoire fut appliqué du douzième au treizième jour, à la cuisse gauche, au-dessus du genou ; comme il ne paraissait pas produire d'effet, la mère, par excès de précaution, le maintint appliqué jusqu'au troisième jour. A la levée cependant, la peau sous-jacente ne présentait qu'une simple irisation de l'épiderme. Un autre vésicatoire, couvrant le cuir chevelu préalablement rasé, provoqua une excrétion séreuse très-abondante. Les symptômes de la maladie cédèrent.

Afin de favoriser la marche de la convalescence, l'enfant fut transféré à Belleville, dans une habitation entourée de jardins. On se félicitait de cette guérison inespérée et du retour rapide de la santé,

marqué par l'appétit, la régularité des fonctions, l'engraissement, la fraîcheur du teint, la gaieté même de l'enfant, le calme réparateur du sommeil, etc. ; quand, vers le dixième jour, on vit tomber ces heureux signes aussi rapidement qu'ils s'étaient montrés. Je n'avais plus eu de nouvelles, depuis le sixième jour, qu'indirectement. Le quinzième jour on m'amène la petite convalescente ; ses traits étaient altérés, elle était agitée, plaintive, d'une tristesse grognante ; on s'était aperçu, depuis quelques jours, qu'à l'endroit de la cuisse où avait été le vésicatoire, existait une peau blanche épaisse; c'était une escarre qui était entourée d'un cercle rouge, et commençant à s'isoler circulairement. Le travail éliminatoire ne dura pas moins de dix-huit à vingt jours encore; il amena la séparation et la chute d'une escarre conique qui, ayant envahi de prime abord tous les tissus jusqu'au fémur, laissait une vaste perte de substance, véritable cautère monstre. Les douleurs, l'abondance inextinguible de la suppuration, avaient jeté l'enfant dans l'épuisement, le marasme. Elle succomba deux jours après.

D'ordinaire ces effets, ces résultats consécutifs de l'imbibition des médicaments irritants ne présentent pas ces proportions ou cette funeste gravité. Mais toujours ils entravent et allongent la convalescence, ou bien laissent après eux des cicatrices incommodes ou désagréables. On ne saurait donc être trop en garde contre leur développement en apportant une sévère attention dans le choix, l'application et la durée des topiques irritants dans les cas précités.

Il importe surtout, chez les enfants en bas âge, de surveiller alors l'action des vésicatoires et de suivre pour la durée de leur application les préceptes et l'exemple qu'en donnait le savant médecin de l'hôpital des Enfants, Guersant père.

Que l'action locale soit ou non produite, l'emplâtre vésicant particulièrement ne doit être laissé que quelques heures, six à huit au plus. N'a-t-il rien produit, mieux vaut le porter ailleurs.

Au reste, et ceci vient encore à l'appui de nos assertions touchant l'imbibition, il n'est pas rare de voir la vésication se développer plus ou moins longtemps après la levée de l'emplâtre, et parfois même bien qu'on l'ait remplacé par du coton ou des cataplasmes.

L'analogie que présentent entre elles la méthode rasorienne que nous avons appliquée sur la peau, et la méthode mère, s'étend jusqu'à la production du phénomène en question, qui s'allie également à la tolérance des voies digestives pour le tartre stibié ; remarque qui nous avait frappé et que nous avions formulée dans les termes suivants (1) :

(1) Biblioth. méd., p. 325.

« Or, ce qui se passe pour la peau a également lieu dans les organes revêtus de membranes muqueuses. Ils perdent dans les mêmes circonstances leur sensibilité normale, leur irritabilité. Mais l'absorption continuant là plus active qu'à la peau, elle prévient en général l'imbibition et ses effets redoutables. Je dis en général, car il n'est pas impossibel que les phénomènes chroniques, avec ou sans altération, qui parfois s'observent à la suite des fièvres graves, soient le résultat de l'altération produite dans les membranes par l'imbibition des médicaments administrés pendant le cours de la maladie, sans qu'ils eussent produit d'effets locaux, comme purgations, etc. »

Dans les cas de pneumonie traités avec succès par le tartre stibié qui a été toléré, à quoi attribuer, si ce n'est à cette cause, les diarrhées tardives et plus ou moins incoercibles qui parfois se déclarent avec la convalescence, l'entravent, la prolongent et la compromettent dangereusement ?

DUPARCQUE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

REMARQUES SUR CERTAINES TUMEURS DE LA BOUCHE FORMÉES PAR L'HYPERTROPHIE DES GLANDULES SALIVAIRES DE LA MUQUEUSE BUCCALE ; PROCÉDÉ TRÈS-SIMPLE POUR LEUR ABLATION.

Nous tenons d'abord à constater cette tendance naturelle qui porte la plupart des praticiens à considérer les tumeurs qui se développent dans le fond de la cavité buccale, surtout vers l'isthme du gosier et dans le voile du palais, comme le produit d'une action diathésique. Nous ne voulons pas discuter aujourd'hui si cette opinion repose sur des bases bien solides ; nous ne voulons pas rechercher si réellement les tumeurs développées dans cette région, qui peuvent réclamer l'intervention de l'art, appartiennent plus souvent à des altérations *malignes*, c'est-à-dire à des productions hétérologues qu'à des lésions constituées par le développement de tissus analogues à ceux de l'organisme sain, et qui peuvent être relativement considérées comme de nature *béingne*. Cette étude, malgré l'intérêt pratique qu'elle pourrait présenter, à ce point de vue surtout qu'elle nous conduirait à discuter l'opportunité des opérations dans le cas de tumeurs malignes, ne serait pas cependant ici à sa place, puisque les tumeurs sur lesquelles nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs appartiennent à la dernière division que nous venons de rappeler : elles consistent, en effet, dans le développement hypertrophique d'un des éléments constituants normaux de la muqueuse buccale.

L'esprit a peine à concevoir comment un organe glanduleux, que l'on peut apercevoir difficilement à l'œil nu, peut acquérir un développement semblable à celui qu'on lui voit prendre quelquefois ; mais le fait est là, irrécusable, incontestable. Etudions-le donc, pour que de son examen nous puissions faire ressortir les conséquences utiles qui en découlent pour la pratique. Une discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirurgie va d'ailleurs nous fournir des éléments précieux pour cette étude.

Parmi les lésions organiques de la bouche qui se trouvent signalées dans les ouvrages classiques, il en est une espèce sur laquelle les auteurs n'ont pas assez fixé l'attention : nous voulons parler des tumeurs dues an développement hypertrophique des glandules qui entrent dans la composition de la muqueuse buccale. Plus nombreuses dans la partie antérieure du voile du palais, c'est aussi dans cette région que les tumeurs auxquelles elles donnent lieu s'observent le plus fréquemment. Cependant, on en rencontre encore à la région palatine, à la face interne des maxillaires, des lèvres, des joues, autour des dents, bref, dans tous les points où la muqueuse présente de ces glandules.

A la face interne des lèvres, des joues, autour des dents, ces tumeurs ne dépassent guère le volume d'une noisette ; leur développement à la voûte palatine est un peu plus considérable ; mais c'est dans le voile du palais qu'elles atteignent leurs plus grandes dimensions, celle d'un œuf de poule par exemple, et l'on conçoit qu'elles forcent alors les malades à réclamer les secours de la chirurgie, afin de lever les obstacles que leur présence apporte aux fonctions de cette région.

Certes, la lenteur avec laquelle ces tumeurs se développent est bien de nature à ne pas inspirer de grandes craintes relativement au résultat éloigné de l'opération, et, en particulier, relativement à leur reproduction, à leur repullulation ; mais, d'un autre côté, l'incertitude où peut être le chirurgien relativement à l'état de leurs connexions avec les tissus voisins, et plus particulièrement avec les os, explique les appréhensions dont elles ont été l'objet, tant qu'on n'a pas été bien fixé sur leur véritable nature. Lorsque, par exemple, ces tumeurs du voile du palais ont gagné par leur développement l'épaisseur des piliers, ainsi que nous l'avons constaté deux fois sur les trois cas que nous allons rapporter, elles viennent alors atteindre la paroi osseuse de l'isthme du gosier, et s'y appliquent si fortement qu'on ne peut leur imprimer le moindre mouvement ; il semble donc qu'elles ont pris naissance dans les éléments fibreux de cette région, et pour comprendre les difficultés que leur extirpation semble alors devoir présenter, il

suffit de se rappeler les éléments vasculaires qui limitent dans ce sens l'isthme du gosier.

Comme ces notions sont d'une haute importance pour la pratique, nous allons y revenir, en rapportant les faits qui ont conduit M. Michon et M. Nélaton à formuler des enseignements précis sur la nature et l'enkystement de ces tumeurs.

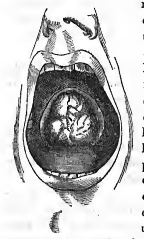
Il y a quelques années, M. Nélaton fut appelé à enlever une tumeur de cette espèce chez une religieuse de la petite ville d'Orbec. L'apparition de cette tumeur remontait à une époque fort reculée ; elle s'était développée très-lentement, sans déterminer de douleurs vives. Lorsque M. Nélaton fut consulté, la tumeur avait graduellement acquis un volume tel, qu'elle remplissait l'arrière-bouche, déprimait la base de la langue, et appuyait sur l'épiglotte au point de produire parfois des accès de suffocation fort inquiétants. D'un autre côté, le voile du palais était porté en haut et en arrière, presque au contact de la partie postérieure du pharynx. Il en résultait une gêne extrême de la déglutition et de la phonation. Cette gêne, jointe aux accès de suffocation, à la difficulté permanente de la respiration, rendait fort grave l'état de la malade et nécessitait l'intervention chirurgicale. L'état général était excellent ; la lésion paraissait toute locale et ne présentait aucun des caractères des tumeurs malignes ; pas de ramollissement en aucun point, ni de menace d'ulcération ; les téguments qui la recouvraient étaient distendus, amincis, mais nullement adhérents ; enfin, les ganglions cervicaux ne présentaient aucune altération. Quant aux connexions avec les parois osseuses, impossible de les préjuger.

En présence de ces circonstances qui semblaient devoir rendre l'extirpation de cette tumeur difficile et laborieuse, M. Nélaton réclama, pour cette opération, l'assistance de M. Michon. Persuadé qu'il était indispensable de sacrifier le voile du palais, voici le procédé opératoire que M. Nélaton avait arrêté : une première incision, pratiquée sur la partie moyenne de ce voile membraneux, devait le diviser dans toute sa hauteur; puis une seconde incision transversale, partant de la partie supérieure de la première, et suivant le bord postérieur de la voûte palatine, devait isoler la tumeur dans la partie supérieure. Cela fait, le pédicule fibreux qui, suivant toute apparence, l'unissait aux os, serait attaqué avec la pince de Liston.

Le premier temps de cette opération fut seul exécuté ; car dès que l'incision verticale eut été pratiquée, la mobilité extrême de la tumeur mit hors de doute qu'il n'existait aucune connexion entre elle et les parties osseuses. De plus, la tumeur venant faire hernie à travers les

lèvres de l'incision du voile du palais, on put aussi reconnaître qu'elle était pourvue d'une véritable enveloppe kystique. Cette constatation acquise, l'ablation de la tumeur devenait facile. Les suites de l'opération furent des plus simples ; plus tard, M. Nélaton répara, par une opération de staphyloraphie, la solution de continuité faite inutilement au voile du palais.

L'examen anatomique vint montrer, contre toute attente, la nature glandulaire de la tumeur, et mettre en garde le chirurgien contre toute nouvelle erreur de diagnostic. Aussi, lorsqu'il y a quelques mois, novembre 1851, un malade, affecté d'une tumeur semblable, se présenta à l'hôpital des cliniques de la Faculté, M. Nélaton n'hésita pas à se prononcer sur la nature glandulaire enkystée de la tumeur, et à prévenir les assistants que l'opération serait des plus simples. La figure ci-contre permet de se rendre bien compte de ces faits : une incision pratiquée sur la partie antérieure du voile du palais a mis à nu la tumeur glandulaire que l'on voit entourée de son enveloppe ; elle offre, ainsi qu'on peut le remarquer, une ressemblance frappante avec les tumeurs mammaires chroniques. Grâce à cet enkystement, on comprend qu'une fois la tumeur mise à nu par l'incision de la muqueuse, son énucléation devient facile à l'aide de l'extrémité du doigt, ainsi que l'a pratiqué M. Nélaton dans le dernier fait que nous venons de relater.



Ce qu'il faut savoir, c'est que ces sortes de tumeurs sont loin d'être rares ; et maintenant que l'attention des chirurgiens se trouve éveillée, il est probable que le nombre des faits publiés augmentera rapidement, car ils ne passeront plus sans recevoir leur véritable signification. Nous avons dit, en commençant, que ces tumeurs étaient regardées généralement comme des productions de nature douteuse. En voici un exemple :

Au mois de mars dernier, M. Marjolin présentait à la Société de chirurgie une petite tumeur, du volume d'une noix muscade, qu'il venait d'enlever chez une femme placée dans son service à l'hôpital Bon-Secours. Comme la plupart des chirurgiens, M. Marjolin avait rattaché le développement de cette production morbide à une diathèse, et il avait prescrit, en conséquence, un traitement par l'iodure de

potassium. Cette médication n'amenant aucune modification, l'idée d'une affection syphilitique ancienne fit place à la pensée que c'était probablement une tumeur cancéreuse. Néanmoins, comme la tumeur était bien circonscrite, ce chirurgien se décida à en pratiquer l'extirpation. L'opération fut faite de la manière suivante : l'extrémité du doigt indicateur fut portée derrière le voile du palais, puis ramenée en avant, afin de fixer ce voile mobile. Dès que la muqueuse qui recouvrait la partie antérieure de la tumeur fut incisée, celle-ci vint faire hernie entre les lèvres de la plaie, et indiquer ainsi à l'opérateur que l'énucléation était possible. L'extrémité du doigt suffit, en effet, à la détacher des tissus dans lesquels elle était enkystée, sans intéresser les parties fibreuses et musculaires du voile du palais.

Afin de mettre mieux en relief ces dispositions anatomiques importantes, nous avons cherché à représenter le fait dans la gravure ci-jointe. Ce dessin offre une coupe verticale du voile du palais : sous la muqueuse buccale on aperçoit, en A, l'hypertrophie d'une de ces glandules que l'on voit figurées au-dessus et au-dessous à l'état sain. La partie postérieure B est constituée, en grande partie, par les plans fibreux et musculeux.

A

En présentant cette tumeur à la Société de chirurgie, M. Marjolin fit remarquer qu'elle était « dure, inégale, raboteuse, et présentait tout à fait l'aspect d'une tumeur cancéreuse. Un examen microscopique nous apprendra, ajoutait ce chirurgien, si elle présente la cellule caractéristique. » Dans la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirurgie, M. Marjolin est venu nous apprendre que cet examen fait par M. Lebert avait démontré cette tumeur exclusivement formée d'un tissu glandulaire hypertrophié. Nous signalons ce fait parce que si, à nos yeux, les investigations microscopiques n'ont pas, au point de vue de la détermination des tissus hétérologues, toute la certitude que leur accordent quelques personnes, nous ne croyons pas qu'on puisse, en présence des progrès récents de l'histologie, leur contester une valeur réelle pour la distinction des tissus normaux.

Ce qui peut cependant expliquer jusqu'à un certain point l'erreur générale commise par les chirurgiens relativement à la véritable nature de ces altérations morbides, c'est que ces sortes de tumeurs ont été vues se reproduire surtout dans la région parotidienne ; mais, comme l'a fait remarquer M. Maisonneuve, la reproduction était due dans ces cas tout simplement au développement des parties que l'on avait négligé d'enlever.

Nous terminerons cette note en rapportant l'observation communiquée par M. Michon à la Société de chirurgie ; car nous croyons qu'il importe de multiplier les preuves à l'appui de la possibilité du développement hypertrophique des glandules qui entrent dans la composition de la muqueuse du voile du palais.

Gattan (Pierre), maraîcher, âgé de trente-six ans, entre, le 22 décembre dernier, à l'hôpital de la Pitié, pour y être débarrassé d'une tumeur volumineuse qu'il porte dans le fond de la bouche. Il y a quatre années environ que cet homme s'aperçut pour la première fois qu'il avait sur le voile du palais une grosseur du volume d'une noisette. Ce fut par hasard qu'il en découvrit la présence, car elle ne le gênait en rien et n'était le siége d'aucune douleur. Peu à peu cette tumeur s'accrut, en séparant les deux feuillets de la moitié gauche du voile du palais. Lorsque ce malade fut admis dans le service de M. Michon, cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, s'avançait en haut, sous la muqueuse de la voûte palatine ; aussi ne voit-on du voile du palais que la moitié droite, qui est intacte. La luette, parfaitement saine, est accolée au côté droit de la tumeur, sans y adhérer. Le doigt, porté dans le pharynx, circonscrit très-bien la tumeur en arrière, et, lorsqu'on le ramène en avant, on sent sous la tumeur un corps dont le volume, la forme et la consistance sont ceux de l'amygdale saine. La tumeur est immobile et semble adhérente au plan osseux qui est au-dessus d'elle. L'aspect de la muqueuse qui recouvre cette tumeur est blafard ; elle présente deux ou trois petites bosselures, dont la consistance est moins grande que celle des autres points de la tumeur. Quelques vaisseaux capillaires se dessinent à la surface. Les accidents provoqués par cette production morbide étaient purement mécaniques ; elle gênait non-seulement la déglutition et la phonation, mais même la respiration pendant le sommeil. Aussi, il y a deux années, cet homme était allé consulter un charlatan. Celui-ci fendit la tumeur ; il en sortit une petite quantité de sang, et la plaie se cicatrisa rapidement. De cette tentative était résultée une adhérence de la tumeur avec les parties voisines, qui ne permettait point de mettre en pratique les moyens signalés par M. Nélaton.

Quelle était la nature de cette tumeur ? Procédant par voie d'exclusion, M. Michon arriva à ranger cette tumeur dans la classe des tumeurs fibro-plastiques, et ce diagnostic fut accepté par MM. Larrey, Marjolin, Rigal (de Gaillac) et nous-même. L'opération fut pratiquée le 9 janvier. Une simple incision, circonscrivant la portion adhérente de la tumeur, permit d'énucléer celle-ci, avec la plus grande facilité, à l'aide de l'extrémité des doigts. Les suites en furent des plus rapi-

des ; et hier, 25 janvier, cet homme quitta l'hôpital parfaitement guéri. La moitié gauche du voile du palais avait repris sa forme première. Nous reviendrons prochainement sur la structure de ces hypertrophies glandulaires, que l'on confond trop souvent avec les tumeurs de nature cancéreuse.

Des faits qui précèdent et de la discussion intéressante qu'ils ont provoquée au sein de la Société de chirurgie, nous croyons, dès aujourd'hui, pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Les glandules salivaires qui entrent dans la composition de la muqueuse buccale peuvent subir un développement hypertrophique considérable.

2° Ces tumeurs, de nature bénigne, renfermées dans une sorte d'enveloppe kystique celluleuse, peuvent être énucléées à l'aide d'une simple incision de la muqueuse qui constitue la paroi antérieure du kyste. Ce procédé opératoire, outre la facilité de la mise en œuvre, offre le meilleur moyen de prévenir la reproduction de ces sortes de tumeurs, puisqu'il permet de les extirper entièrement ; le doigt suffit le plus souvent à cette énucléation.

3° Enfin, un signe précieux pour la détermination de la condition si importante de l'enkystement résulte du glissement, à la surface de la tumeur, de la muqueuse que l'on a saisie vers la partie antérieure avec une érigne. Ce signe, dont M. Nélaton nous a rendu témoin, doit toujours être cherché dans des cas de ce genre. On peut encore, ainsi que le fait ce chirurgien, pour s'assurer que la tumeur n'a pas contracté d'adhérences avec les parois osseuses, engager le malade à exécuter un mouvement de déglutition, la bouche légèrement ouverte, la vue plongeant dans l'arrière-bouche : on voit alors la tumeur se mouvoir avec le voile du palais.

DE LA VALEUR DE LA DILATATION FORCÉE, COMME TRAITEMENT DE LA CONTRACTURE ANALE.

Lorsqu'une nouvelle méthode de traitement se produit devant l'Académie de médecine, il est bien rare que la discussion ajoute quelque chose à l'appréciation qui en est formulée par le rapporteur. Il est assez naturel, sans doute, que les praticiens qui ont acquis de l'expérience en vieillissant se défient des nouveautés ; aussi les académiciens préfèrent-ils, plutôt que de juger le point soumis à leur discussion, exposer les moyens qui leur ont le mieux réussi pour traiter les accidents contre lesquels on leur propose des mesures nouvelles. Cette marche générale des discussions académiques offre bien pour résultat de présenter un tableau assez exact des ressources dont la

pratique dispose, et nous n'avons garde de le négliger ; seulement, il n'est pas toujours complet. Ainsi, dans la discussion récente, provoquée par l'intéressant travail de M. Campaignac sur le traitement des fissures à l'anus par l'onguent de la Mère, nous avons entendu vanter les purgatifs, les lavements de ratanhia, l'incision, l'excision, etc. ; mais il n'a été nullement fait mention d'une méthode qui cependant compte aujourd'hui de nombreux succès, nous voulons parler de la dilatation forcée du sphincter anal.

Proposée en 1838 par M. Récamier, cette méthode thérapeutique serait restée probablement ensevelie dans l'oubli, un peu à cause de son titre qui était loin d'en représenter la nature (*massage cadencé*), mais beaucoup en raison des manœuvres tant soit peu grossières et brutales dont cet éminent praticien l'avait constituée. Pour les hommes de génie, l'idée est tout et le procédé rien ; mais dans un siècle comme le nôtre, où l'on apprécie surtout les choses à leur valeur réelle et pratique, la question de facilité dans l'exécution ne saurait être indifférente. Il y avait cependant dans les opinions émises par M. Récamier dans le travail que nous venons de rappeler, une idée qui ne pouvait périr, et il fallait peu de chose pour arriver à lui donner une valeur pratique considérable.

On sait que M. Récamier opérait la dilatation forcée de l'anus en introduisant dans le rectum un doigt, puis deux, puis trois, enfin la main tout entière, sauf le pouce avec lequel, placé à l'extérieur, il exécutait le massage du sphincter ; puis, la main tout entière étant introduite dans le rectum, fermant les doigts, il retirait le poing brusquement. Certes, un procédé semblable ne pouvait guère prendre une grande place dans la pratique ; mais peu de chose devait suffire pour le faire accepter, et cette modification importante nous la devons à M. Maisonneuve, qui a substitué à cette dilatation brusque et exagérée la dilatation graduelle du sphincter à l'aide de deux doigts. Ainsi formulé, le procédé nouveau pouvait être accepté et expérimenté par les chirurgiens ; aussi, dès qu'il fut communiqué à la Société de chirurgie, fut-il mis bientôt en pratique, et, en 1849, M. Monod vint lire au sein de cette Société un Mémoire détaillé, dans lequel il examinait le mode d'action de la dilatation forcée dans le traitement de la fissure à l'anus avec constriction du sphincter.

Malgré les quatorze cas de guérison rapportés par ce chirurgien, les conclusions qu'il crut pouvoir formuler furent loin d'être admises ; les chances d'accidents probables furent mises en avant : phlegmons, déchirures du rectum, épanchements sanguins, enfin récidives possibles ; de sorte que quelques membres se prononcèrent pour le procédé d'in-

cision de Dupuytren, borné, comme le faisait ce chirurgien, à l'incision des fibres les plus superficielles du sphincter. Mais en même temps que M. Monod, d'autres membres de la Société avaient expérimenté ce mode de traitement de la fissure de l'anus, et les faits de guérison cités par MM. Robert, Huguier, Gosselin et Guersant, quoiqu'en plus petit nombre, devaient faire persister dans l'étude plus large de ce moyen. C'est ce qui est arrivé : M. Maisonneuve, par un rapport verbal sur la thèse d'un de ses élèves, M. Lepelletier, est venu récemment fournir de nouveau à chacun des membres de la Société de chirurgie l'occasion de faire connaître le résultat des expérimentations ultérieures. Des faits ont été cités en grand nombre, et presque tous sans la production des accidents que l'on redoutait de prime abord, sans récidive après plusieurs années de guérison ; de sorte que le moment nous paraît venu d'exposer plus largement que nous ne l'avons fait jusqu'ici cette méthode nouvelle, qui compte en sa faveur l'unanimité des chirurgiens distingués qui composent la Société de chirurgie.

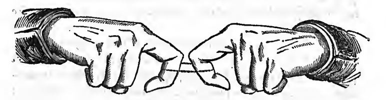
Ainsi que l'a fait remarquer M. Maisonneuve, la dilatation forcée n'est pas seulement applicable au traitement de la fissure à l'anus, compliquée de contracture; elle peut être aussi appelée à guérir la contracture simple sans fissure, la contracture avec complication d'hémorrhoïdes, la constipation simple et opiniâtre des femmes, le ténesme des pays chauds. C'est seulement dans son application au traitement de la contracture du sphincter, avec ou sans fissure, que nous voulons considérer cette méthode opératoire, les faits ne nous paraissant pas encore suffisants pour permettre d'en généraliser l'emploi contre la constipation opiniâtre et le ténesme de la dyssenterie ; nous disons, dans son application au traitement de la contracture avec ou sans fissure, parce que la contracture est évidemment le phénomène morbide prédominant de cette douloureuse affection, et parce que, celle-ci vaincue, l'autre phénomène ne tarde pas à disparaître. Ajoutons cependant que les termes de cette proposition pourraient être renversés dans beaucoup de cas, et que, la cicatrisation de la fissure obtenue, la contracture disparaît souvent d'elle-même, comme si dans ces cas la contracture était secondaire à la douleur occasionnée par la présence de la fissure.

Ceci posé, faisons connaître avec quelques détails le procédé opératoire à mettre en usage, et les résultats physiologiques et thérapeutiques que l'on obtient à l'aide de ce procédé.

Cette opération étant assez douloureuse, le chirurgien doit endormir préalablement le malade avec l'éther ou le chloroforme, pour ne pas être gêné dans la manœuvre par des mouvements désordonnés. Il im-

porte en effet d'éviter ces mouvements qui s'opposeraient à la dilatation complète du sphincter, condition indispensable de la guérison. Le malade est placé sur le bord du lit, ainsi que dans l'opération de la fistule à l'anus ; nous le supposons couché sur le côté gauche. Le chirurgien introduit avec précaution dans le rectum l'index de la main gauche, graissé de cérat, et arrive au-dessus du sphincter de l'anus. La sensation d'une résistance vaincue lui apprend qu'il y est parvenu ; il tourne alors le doigt, dont il place la face palmaire en contact avec la partie postérieure de l'ouverture anale. L'index de la main droite, graissé de cérat, est conduit à côté du premier pour écarter le moins possible les parois du rectum et éviter de trop vives douleurs qui pourraient peut-être réveiller le malade. Après être arrivé au-dessus du sphincter, la face palmaire se met en contact avec la partie antérieure de l'ouverture anale, les deux index se touchent alors par leur face dorsale.

Ce premier temps de l'opération exécuté avec soin, le chirurgien recourbe les deux doigts ; dans cette position, ils représentent deux crochets avec lesquels il peut saisir le sphincter et qui l'empêchent d'échapper à la pression des doigts. Il les écarte alors doucement et pro-



gressivement en sens inverse pour opérer l'allongement des fibres musculaires ; il ne s'arrête que lorsque la contracture a cédé ; enfin il les tient écartés quelques instants.

La contracture du sphincter anal est-elle trop forte, alors la dilatation dans le sens longitudinal est insuffisante pour la faire disparaître. Le chirurgien doit donner à ses index une position perpendiculaire à celle qu'ils avaient précédemment. La face palmaire de l'index gauche se met en contact avec la moitié droite du sphincter, et celle de l'index droit avec la moitié gauche de ce muscle ; le chirurgien les recourbe et les écarte, selon les règles que nous venons de donner il n'y a qu'un instant.

Si le malade est couché sur le côté droit, l'index de la main gauche sera d'abord dirigé vers la partie antérieure, puis vers la moitié gauche de l'ouverture anale ; l'index de la main droite occupera nécessairement des positions inverses.

Tel est le procédé de dilatation forcée appliqué au traitement de la contraction anale. Maintenant, jusqu'à quelle limite le chirurgien doit-il porter cette dilatation? Dans la première discussion qui eut lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie, des opinions assez différentes avaient été émises. M. Robert, par exemple, pensait qu'il est impossible de préciser le degré de dilatation auquel il faut s'arrêter. M. Huguier croyait que trois pouces environ dans le plus grand diamètre de l'anus seraient suffisants. Entre ces deux opinions opposées, il en est une troisième qui a définitivement prévalu, parce qu'elle est l'expression de la vérité, c'est celle de MM. Monod et Maisonneuve, et qui fait résider la mesure de la dilatation dans la sensation perçue par le chirurgien au moment où le resserrement est vaincu. C'est parce que la dilatation forcée n'a pas toujours été pratiquée comme nous venons de l'indiquer qu'elle a donné à quelques chirurgiens des résultats peu satisfaisants dans le traitement de la contracture anale. Qu'il nous suffise de rappeler que quelques chirurgiens, croyant opérer suivant la méthode de M. Récamier, introduisaient successivement dans le rectum d'abord un doigt, puis un second, puis un troisième, etc.; et si les cinq doigts de leur main ne suffisaient pas, ils se servaient de ceux de leur aide, qui pénétraient à côté des leurs dans le rectum du patient. Or, ce que nous avons dit plus haut de la méthode de M. Récamier doit faire comprendre en quoi ce procédé en différait.

Après l'opération, l'ouverture anale reste béante quelques secondes. Ce phénomène, indice d'un heureux résultat, dépend de l'allongement qu'ont subi les fibres musculaires, et n'apparaît que lorsque cet allongement a été complet. Cette *paralysie momentanée du sphincter* permet à la muqueuse du rectum de venir faire hernie à travers l'ouverture anale; mais bientôt il revient sur lui-même et reprend le libre exercice de sa contractilité. Il s'écoule quelquefois un peu de sang. Ce phénomène, très-rare chez les sujets atteints de contraction spasmodique, se montre surtout chez les malades affectés de fissures à l'anus ou d'hémorrhoïdes; il s'explique alors par les déchirures de la fissure ou par le froissement des tumeurs hémorrhoïdaires. Il survient, après l'opération, des douleurs dont la durée et l'intensité varient selon les sujets; il faut, en conséquence, leur prescrire le repos au lit. Ces douleurs, souvent assez vives, diminuent insensiblement, et disparaissent après quatre, cinq ou six heures. Les malades peuvent alors se lever et marcher. S'ils ressentent le besoin d'aller à la selle, ils n'osent le satisfaire, dans la crainte d'éprouver les mêmes souffrances qu'avant l'opération. Mais, à leur grand étonnement, l'expulsion des matières fécales s'opère avec facilité et ne leur procure que quelques légères cuissons.

Il nous reste à jeter un coup d'œil rapide sur la discussion soulevée au sein de la Société de chirurgie par la communication de M. Maisonneuve. M. Lenoir, M. Michon, M. Chassaignac, M. Huguier, M. Larrey, qui, tour à tour, ont pris la parole, ont été unanimes pour reconnaître l'utilité de ce mode de traitement de la contracture anale, et pour exprimer le désir que cette opération fût plus connue des praticiens, plus appréciée et plus employée par eux. M. Michon a dit l'avoir pratiquée au moins trente fois sans un seul insuccès; et, chose plus curieuse, il a annoncé avoir guéri ainsi deux malades que Blandin avait traités par la ténotomie sous-muqueuse du sphincter, et chez un desquels la guérison persiste depuis trois années. Aucun de ces chirurgiens n'a signalé d'accidents sérieux ; seulement, dans quelques cas, il y a eu une ecchymose sans importance. Seul, M. Demarquay a cherché à poser une contre-indication en faveur de la ténotomie sous-cutanée dans le cas de fissures compliquées d'étranglement hémorrhoïdaire. Dans ces cas, a-t-il dit, la dilatation ne pourrait pas être mise en usage avant que la période inflammatoire fût passée, et en attendant la cessation des accidents le malade souffre horriblement, les symptômes d'étranglement persistent, la gangrène survient ; tandis que par la ténotomie on fait cesser tous les accidents. Mais, à notre avis, un moyen plus efficace et plus approprié dans les cas de ce genre est l'emploi de la douche ascendante à la température ambiante, qui agit alors à un double titre comme irrigation, c'est-à-dire comme moyen antiphlogistique et par son action mécanique, exerçant un véritable massage qui triomphe de la contracture ; seulement ses effets curatifs ne se prolongent guère plus d'un mois à six semaines ; mais c'est assez pour un moyen qui s'adresse à une complication, et son emploi nous paraît de beaucoup préférable à la ténotomie.

Et maintenant, quelle place doit occuper, suivant nous, la dilatation forcée dans le traitement de la contracture anale? Sans doute, nous avons dans les lavements de ratanhia, et dans cette méthode récente de traitement proposée par M. Campaignac, qui consiste dans l'emploi de l'onguent de la Mère, deux précieuses ressources que le praticien ne saurait perdre de vue; mais, par ces deux méthodes, la guérison est assez longue à obtenir; il faut de quinze à vingt jours de traitement. Par la dilatation forcée, au contraire, la guérison est instantanée. En revanche, tandis que les deux premiers modes de traitement sont d'une innocuité parfaite, la dilatation forcée est une opération très-douloureuse ; il est vrai qu'en employant les inhalations anesthésiques, les douleurs de l'opération sont supprimées, et qu'il reste seulement pendant vingt-quatre heures un sentiment de

chaleur vers la région contuse. Ces trois méthodes de traitement doivent être conservées dans la pratique, comme les seules usuelles et générales ; seulement, la dilatation forcée sera réservée pour les malades qui veulent à tout prix guérir vite, tandis que les traitements par les mèches enduites d'onguent de la Mère et par les lavements de ratanhia s'adressent aux malades pusillanimes qui redoutent par-dessus tout la douleur.

Ainsi se trouve réalisé, nous le croyons du moins, le vœu formulé par Dupuytren, alors qu'en proposant une modification à l'opération de l'incision, il s'écriait : « Ce serait rendre un véritable service à l'humanité que de découvrir un moyen thérapeutique capable de guérir la fissure à l'anus sans opération. »

CHIMIE ET PHARMACIE.

PHARMACOLOGIE DU MATICO : FORMULES POUR SON EMPLOI.

Le matico attirant de plus en plus l'attention des praticiens, il importe que l'on commence à s'occuper de sa pharmacologie.

On sait que la nouvelle plante péruvienne a été présentée comme un remède efficace contre les flux leucorrhéique et gonorrhéique, comme vulnéraire, et surtout comme un excellent hémostatique interne et externe.

Nous nous occuperons, dans cette première note, seulement de faire connaître aux praticiens les principales formes pharmaceutiques que cette substance est susceptible de revêtir, renvoyant à un travail ultérieur toutes les autres considérations. C'est, en effet, lorsqu'une expérimentation assez longue et assez générale aura été tentée, que l'on pourra asseoir sûrement la valeur relative de chacune des formes pharmaceutiques que nous formulons ici après les avoir exécutées nous-même. Nous renvoyons, d'ailleurs, à l'article *Matico* inséré dans le numéro du 15 juillet dernier de ce journal (*Bull. de Thérapeutique*, t. XLI, p. 32), pour les généralités thérapeutiques.

Poudre de matico.

Le matico se pulvérise facilement jusqu'à extinction. La poudre est vert jaunâtre et d'une odeur, lorsqu'elle est fraîche, plus fragrante encore que celle de la plante elle-même. Aussi pour sa parfaite conservation doit-elle être tenue enfermée dans des flacons bouchés.

La poudre de matico sera convenablement employée à l'extérieur à saupoudrer les parties saignantes, en tamponnements dans les fosses

nasales, etc., en épithèmes contre les contusions. A l'intérieur, elle peut être administrée, délayée dans un peu d'eau sucrée, sous forme d'opiat ou de pilules.

Infusé de matico.

Matico incisé...........	10 à 20 grammes.
Eau bouillante..........	1,000 grammes.

Laissez infuser jusqu'à refroidissement et passez.

L'infusé de matico a une couleur ambrée et l'odeur aromatique de la plante.

Il n'est point désagréable à prendre. Cependant on le rend plus agréable en l'édulcorant avec du sucre ou un sirop approprié.

Pour l'usage externe, lotions, embrocations, pour lavements et injections, on peut porter la dose de matico à 30, 40 ou 50 grammes pour la même quantité d'eau, et lui faire subir une légère décoction. Si ce mode opératoire lui fait perdre de l'huile volatile, il lui fait gagner un peu de résine.

Eau distillée ou hydrolat de matico.

Matico incisé.....................	100 parties.
Eau...........................	1,000 parties.

Retirez par distillation 500 parties d'hydrolat.

Le produit passe incolore pendant tout le temps de la distillation, sauf aux premières gouttes, qui viennent lactescentes.

L'hydrolat de matico a une odeur qui a quelque chose de plus térébenthacé que la plante elle-même. Il est recouvert par des globules ou une légère couche d'une huile volatile à peu près incolore et d'une consistance d'huile de ricin.

Si l'huile volatile est, comme l'ont avancé des auteurs, l'un des principes actifs du matico, l'hydrolat doit être doué d'une certaine efficacité. On sait que les eaux hémostatiques de Binelli, Brocchieri, Tisserand, etc., doivent leurs propriétés à des huiles volatiles térébenthacées.

L'hydrolat de matico peut être employé à l'intérieur et à l'extérieur.

Extrait de matico.

La préparation extractive de matico qui nous semble mériter la préférence est l'extrait hydralcoolique.

On introduit S. A. de la poudre demi-fine de matico dans l'appareil à lixiviation; on verse dessus de l'alcool à 56°, de manière à imbiber toute la poudre; on laisse en contact vingt-quatre heures, on ouvre le robinet inférieur, on fait traverser la matière par le même

alcool jusqu'à épuisement de celle-là, et enfin on fait évaporer les liqueurs au B. M. en consistance d'extrait. Le produit est noir, d'une odeur prononcée de matico et d'une saveur amère. Il n'est qu'incomplétement soluble, soit dans l'eau, soit dans l'alcool.

L'extrait de matico peut servir à l'intérieur sous forme de pilules, de pastilles, de sirop, d'opiat, et à l'extérieur sous forme de soluté en badigeonnage, embrocations, tamponnements, lavements, injections.

Le matico fournit environ le quart de son poids d'extrait hydralcoolique.

Sirop de matico.

Matico incisé....................	100 parties.
Eau..........................	1,000 parties.

Distillez 100 parties de produit. Retirez le résidu de la cucurbite, exprimez le matico, ajoutez à la colature 700 p. de sucre; faites rapprocher de façon qu'en ajoutant l'hydrolat vous ayez un sirop au degré ordinaire; filtrez par la méthode Demarest.

Préparé ainsi, le sirop de matico est brunâtre, limpide et d'une saveur aromatique qui n'est pas désagréable; il contient tous les matériaux actifs, volatils ou fixes, de la substance.

Il peut être administré soit pur, soit délayé dans de l'eau. Ce sera l'un des plus faciles et des plus efficaces modes d'administration du matico dans les cas d'hémorrhagies internes et de pertes blanches.

Il représente le 1/10 de son poids de matico. La cuillerée, étant évaluée à 20 grammes, en représentera 2 grammes; la cuillerée à café, étant de 5 grammes, en représentera 1/2 gramme.

Pilules de matico.

Matico pulvérisé................	20 grammes.
Guimauve pulvérisée.............	2 grammes.
Sirop de gomme.................	Q. S.

F. S. A. 100 pilules involvées dans du lycopode. Elles sont vert foncé.

Le poids de chaque pilule est de 40 à 50 centigrammes; chacune contient 20 centigrammes de matico.

De 2 jusqu'à 25 et plus par jour.

Pilules d'extrait de matico.

Extrait hydralcoolique de matico.... 10 grammes.

Divisez S. A. en 100 pilules, lesquelles contiendront chacune 10 centigrammes d'extrait. Elles sont noirâtres.

Elles présenteront l'avantage sur les autres d'être ingurgitées plus facilement, en raison de leur moindre volume.

Pommade d'extrait de matico.

Extrait de matico..............	5 grammes.
Alcool faible..................	5 grammes.
Axonge.......................	20 grammes.

F. S. A. une pommade.

Teinture de matico.

Matico incisé..................	100 parties.
Alcool à 85°..................	400 parties.

Faites macérer pendant dix jours, exprimez et filtrez. On pourrait aussi obtenir cette teinture par lixiviation de la poudre.

A l'intérieur, et surtout à l'extérieur, comme vulnéraire ; elle doit être étendue d'eau dans le premier cas.

Le matico n'étant pas vénéneux, les praticiens peuvent rechercher sa posologie entre les limites les plus larges.

Nous répéterons ici ce que nous avons dit en commençant : aujourd'hui notre intention n'est que de donner des formules, afin que les praticiens puissent les essayer ; plus tard nous préciserons les choix et les commenterons. DORVAULT.

DU POLYPODE DE CHÊNE COMME SUCCÉDANÉ DU SEIGLE ERGOTÉ.

On a peine à croire que dans la capitale d'un monde civilisé, des hommes d'une ignorance complète, à qui les premières notions de la médecine et de la pharmacie sont entièrement inconnues, aient acquis dans le peuple une immense réputation, en y vendant, et à des prix fabuleux, une drogue dont ils se disent les seuls possesseurs ; et encore dans quel but ? pour commettre un acte contraire à la morale publique, que la religion condamne et réprouve, que la loi punit comme crime.

Comment ces hommes ont-ils pu connaître les propriétés de ce médicament. Ils ne le doivent qu'au hasard, car le hasard, lui aussi, se charge de nous dévoiler certains mystères qui échappent aux recherches pratiques de la science. Acceptons pourtant ces faits, tout en regrettant que, pour nous parvenir, ils aient passé par des voies si peu dignes de l'humanité. Le polypode de chêne est regardé comme diurétique, purgatif, anticatarrhale et expectorant, depuis longtemps abandonné.

Aujourd'hui il est un sujet d'exploitation ; il a même fait des victimes. Puissent, puissent ces victimes être les dernières ! Espérons aussi qu'une étude plus approfondie de cette substance rendra ce dicton vrai, « qu'à côté du mal est le bien. » Espérons encore que la

racine ou rhizome du polypodium vulgaris deviendra, dans des mains habiles et amies, un médicament nouveau comme obstétrical ou hémostatique, qu'il pourra, dans certains cas, remplacer le seigle ergoté.

Nous nous proposons d'étudier cette substance sous son point de vue chimique. Au médecin praticien à le faire, lui, sous ses rapports médicaux.

Stanislas Martin, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES FAITS DE NÉVRALGIES SYPHILITIQUES.

Plusieurs fois, dans ma pratique, j'ai rencontré des maladies rebelles à tous les modes de traitement ordinaires. Le diagnostic me semblait bien posé, le mal suivait sa marche habituelle, et malgré tous les moyens employés en pareille circonstance, la guérison ne se prononçait pas. Dans ces circonstances, j'ai dû chercher en dehors du mal apparent la cause véritable, cause occulte, qu'il m'a fallu deviner en quelque sorte, et qui, quelquefois, m'a été désignée par quelque phénomène apparaissant tout à coup, et plus rarement, m'a été indiquée par une confidence tardive du malade. Je vais, à l'appui de ce que j'avance, citer trois observations qui, je crois, seront lues avec intérêt, car il importe que l'attention des praticiens soit tenue en éveil à cet égard.

Obs. I. Mme B., âgée de trente-huit ans, tempérament nerveux, bien réglée, ressent, le 17 mars 1851, de violentes douleurs dans la hanche droite; elles s'étendent à tout le membre pelvien, en suivant le trajet du nerf sciatique et crural, pour venir se terminer à la malléole externe; le doigt promené sur le trajet du nerf augmente la sensibilité. Ces douleurs sont très-vives, lancinantes; redoublant d'intensité par instant; elles arrachent des cris à la malade, et elles présentent les caractères d'une névralgie. Quelques sangsues appliquées et un vésicatoire font disparaître le mal. Le 19 avril, la malade se plaint de douleurs dans la moitié droite de la face, comme si une ligne infranchissable partageait en deux moitiés égales le front et le nez. Ces douleurs présentent le caractère intermittent. Tous les jours, à dix heures du matin, elles apparaissent sans frisson ni chaleur, et se prolongent avec des exacerbations fréquentes jusqu'à deux ou trois heures du matin, puis survient une sueur abondante; l'indication paraissant très-précise, j'ai prescrit le sulfate de quinine. Pendant trois jours les douleurs ont été arrêtées, puis elles ont reparu avec une si grande intensité que rien n'a pu les calmer : sangsues, sulfate de quinine, acide arsénieux, opium, morphine, belladone, jusquiame, cyanure de potassium,

vésicatoire saupoudré avec la morphine, cautérisation de l'oreille, chloroforme à l'intérieur, en applications (l'inhalation seule a eu le privilége de suspendre les douleurs pendant quelques heures), frictions narcotiques et autres, préparations ferrugineuses, tout a été employé sans succès. A plusieurs reprises je suis revenu aux antipériodiques, espérant toujours qu'ils réussiraient; mais ils ont toujours échoué contre ce terrible mal qui, cependant, présentait une apparence intermittente. Ces scènes de douleurs ont duré jusqu'au 24 mai, époque à laquelle la maladie a perdu un peu de son intensité. Mais le 1er juin, le mal, qui occupait le côté droit de la face, s'est présenté du côté gauche avec la même acuité; de plus il s'y est joint une conjonctivite de l'œil gauche. Ces nouvelles douleurs ont été attaquées par tous les moyens que la thérapeutique peut offrir, et sans résultat. Enfin, dans le courant de juin, j'aperçus sur le cou et les épaules de petites plaques saillantes, dures et sèches, lenticulaires, d'un rouge cuivreux tirant un peu sur le livide, la plupart isolées et circonscrites. Ces plaques offraient une légère desquamation furfuracée, étaient solides et dépourvues de vésicules. Je crus reconnaître dans cette éruption une syphilide squameuse. J'interrogeai la malade avec persistance, et j'appris qu'elle avait eu quelques mois auparavant des boutons ou ulcérations à la vulve, que pour cette maladie elle n'avait pas suivi de traitement, et que celle-ci avait disparu d'elle-même par l'effet de quelques lotions et bains émollients.

En raison de ce fait que je considérai comme capital, je prescrivis le proto-iodure de mercure, la tisane de salsepareille. Trois jours après l'emploi de ce nouveau traitement, il apparut à la vulve de nouvelles ulcérations. A ce moment les douleurs névralgiques cessèrent, l'ophthalmie perdit de son intensité; au bout de huit jours les ulcérations de la vulve disparurent, puis les plaques squameuses du cou. Depuis ce temps la malade s'est parfaitement portée et n'a ressenti aucune douleur.

Obs. II. La femme G., âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, mère de plusieurs enfants, a eu, il y a six ans, une syphilis grave, qui s'est caractérisée par des chancres aux parties génitales et à la gorge. Depuis ce temps, elle était sujette à une constipation opiniâtre; il lui semblait qu'il y avait à la sortie des matières fécales un obstacle que rien ne pouvait vaincre. Je reconnus, à une hauteur de 6 à 8 centimètres, un rétrécissement tel qu'on aurait eu de la peine à y faire pénétrer une plume. Au moyen de la dilatation par des mèches enduites d'onguent mercuriel, l'obstacle a diminué assez pour que les matières trouvassent un passage facile. Trois mois après ce trai-

tement, il survient une névralgie sus-orbitraire gauche, avec le caractère intermittent. Le sulfate de quinine semble d'abord faire cesser les accès et la douleur; mais après quelques jours celle-ci reparaît avec une telle intensité que rien ne peut la calmer. Les sangsues, les narcotiques, les révulsifs, le chloroforme, tout est employé sans succès. En raison des antécédents de cette malade, et par souvenir du fait tout récent que j'ai relaté plus haut, je pensai que la syphilis pourrait bien être la cause de cette névralgie; en conséquence je prescrivis un traitement antisyphilitique. Au bout de six jours, les douleurs cessèrent complétement, sans employer d'autres moyens.

Obs. III. Charn., plâtrier, vingt-neuf ans, d'un tempérament nerveux, a passé plusieurs années en Afrique. Le 8 avril 1851, il est atteint de douleurs névralgiques dans toute la moitié droite de la face. Ces douleurs, qui dessinent presque tous les nerfs de la cinquième paire, sont tellement vives qu'elles arrachent des cris au malade; l'œil droit est gonflé, rouge, larmoyant, et semble vouloir sortir de son orbite. La maladie, d'abord continue, prend le type intermittent. Les antipériodiques sont administrés longtemps sans succès. Les saignées locales, les narcotiques sont employés sans produire aucun amendement. Le 2 mai, les accidents s'arrêtent; mais huit jours après survient une ophthalmie de l'œil droit, accompagnée de douleurs atroces : les évacuations sanguines, les collyres de toute espèce, les révulsifs, rien n'y apporte de soulagement. Le 27 mai, l'ophthalmie ayant à peu près disparu, la névralgie faciale reparaît avec moins d'intensité que la première fois; mais il s'y joint des douleurs si vives dans les poignets et dans la paume des mains que le malade est porté à des idées de suicide. Dans les premiers jours de juin, les douleurs qui avaient été suspendues pendant quinze jours, reparaissent surtout la nuit à la face et aux poignets, l'œil gauche s'enflamme, de plus il y a des douleurs dans les tibias. En présence de ces symptômes, malgré les dénégations réitérées du malade, je le mets à un traitement antisyphilitique. En dix jours toutes les douleurs cessent, l'ophthalmie disparaît et sans retour. Ce ne fut que plus tard que le malade avoua qu'il avait eu une ulcération à la verge, mais qu'il ne l'avait pas crue syphilitique, parce qu'elle n'avait duré que huit jours. E. Vaulpré, D. M.

à Bourg en Bresse.

MOYEN TRÈS-SIMPLE D'EXTRACTION DES FRAGMENTS D'UNE SONDE DE GUTTA-PERCHA ROMPUE DANS L'URÈTRE.

Les craintes que vous avez émises à propos de la sophistication dont la gutta-percha était l'objet, se sont réalisées ; et si je vous adresse un

exemple des graves accidents qui peuvent en résulter, ce n'est pas seulement pour mettre sous les yeux de nos confrères un fait qui éveille leur sollicitude à cet égard, mais encore pour leur signaler les moyens très-simples que j'ai mis en pratique pour extraire les fragments de la sonde brisée. On n'a pas toujours à sa portée un arsenal chirurgical dans lequel on peut aller puiser les instruments convenables, et dans les circonstances pressantes nous sommes obligés d'utiliser les moyens que nous avons sous la main, lorsque nous ne sommes pas contraints d'en créer de toute pièce.

Obs. M. C... propriétaire à Château-Gonthier, âgé de soixante-dix-sept ans, est atteint, depuis deux ans, d'une cystite chronique, avec paralysie de cet organe, qui nécessite l'usage journalier du cathétérisme. Il pratiquait lui-même cette opération avec des sondes en gomme élastique, lorsque, il y a six mois, il lui fut conseillé de faire usage de sondes en gutta-percha. Depuis le mois de juin dernier, il faisait usage de ces sondes, lorsque sa femme lui fit observer que quelques-unes de ces sondes s'étaient rompues dans ses mains pendant qu'elle les nettoyait, bien qu'elles n'eussent servi qu'une ou deux fois; elle l'engageait, en conséquence, à en abandonner l'emploi pour revenir aux sondes anciennes. M. C... ne tint aucun compte de cet avis, et continua à se servir fort imprudemment des sondes en gutta-percha. Dans la nuit du 31 octobre dernier, vers trois heures du matin, M. C... en voulant retirer sa sonde, vit cette dernière se briser vers le tiers inférieur de sa longueur. Le malade ne tarda pas à ressentir tous les symptômes de la rétention d'urine; plein d'anxiété, il se mit à comprimer de toutes ses forces le périnée pour empêcher la sonde, disait-il, de tomber dans la vessie. Il me fit immédiatement appeler. Il était quatre heures du matin. Je constatai que la partie de sonde rompue occupait la vessie, les portions prostatique, membraneuse, et une partie de la portion spongieuse; l'extrémité rompue était éloignée du méat urinaire de plus de huit centimètres. En vain j'employai différentes pinces et la pression de bas en haut, la sonde restait inébranlablement fixée dans le canal. N'ayant à ma disposition ni la pince de Hunter, ni celle d'Amussat, j'étais dans un cruel embarras, que les cris du malade ne faisaient qu'augmenter, lorsque j'aperçus dans ma trousse une érigne très-fine et d'une moyenne longueur; je l'introduisis, comme dans une gaîne, dans le fragment de sonde qui était resté aux mains du patient, et l'ayant ainsi poussée dans le canal de l'urètre à la rencontre de celle qui y était restée, après m'être assuré que les deux extrémités étaient bout à bout et parfaitement ajustées, je poussai l'érigne, et, lui faisant faire un mouvement de bascule, j'accrochai avec une

grande facilité la portion de sonde engagée, et je la retirai immédiatement.

Mais, quelle ne fut pas ma stupéfaction en retirant un petit fragment de 2 centimètres seulement ! Je recommençai l'opération, et j'eus encore le bonheur d'en retirer un second de 5 centimètres environ. Il en restait encore d'engagé dans la profondeur du canal environ 8 centimètres en deux fragments. Mon érigne étant trop courte, je me trouvai dans un nouvel embarras, et je réclamai le médecin ordinaire de la maison, l'honorable M. Jousselin, dont les conseils et l'assistance me furent de la plus grande utilité. Après nous être concertés, nous nous décidâmes à essayer si, en introduisant le doigt indicateur dans l'anus, nous ne pourrions point parvenir à faire progresser la sonde vers le méat urinaire, par des pressions sagement ménagées. Ce moyen nous réussit au delà de toutes nos espérances, et nous eûmes la satisfaction d'extraire les deux derniers fragments, en leur faisant parcourir toute la longueur du canal de l'urètre. Le malade évacua immédiatement ses urines, et l'accident, qui pouvait avoir pour lui des résultats fâcheux, n'a eu aucune suite.

Je vous adresse cette sonde fragmentée ; et jusqu'à ce que la question industrielle de la pureté de la gutta-percha soit bien éclaircie, je me promets bien, pour mon propre compte, de me servir exclusivement des sondes en gomme élastique. De Montozon,

Chirurgien en chef de l'hospice civil de Château-Gonthier.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la mort subite par syncope à la suite des couches. — Rien de fréquent, on le sait, comme les syncopes pendant l'état de grossesse ; mais, dans cette circonstance, ce phénomène morbide présente rarement de graves dangers ; il n'en est pas de même lorsqu'il vient à se produire à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement ; et, bon nombre de fois, on a vu alors la syncope être mortelle. M. Robert, qui a été trois fois témoin de morts semblables dans sa clientèle, a cru devoir communiquer ces faits à la Société de chirurgie, afin d'obtenir de M. Danyau quelques renseignements à cet égard. La mort subite, dit M. Robert, est-elle déterminée par les modifications que l'état puerpéral détermine dans l'organisme ; possède-t-on des cas suivis d'autopsie ? M. Danyau a répondu qu'il avait eu, comme tous les accoucheurs, la triste occasion d'observer de ces faits dans sa clientèle, et que l'exemple de mort subite dont il avait été témoin ré-

comment répondrait aux questions posées par son collègue. Voici le fait : La dame d'un notaire, jouissant d'une santé excellente en apparence, après un accouchement très-simple et les suites les plus naturelles, était arrivée au vingtième jour de ses couches. Elle se levait depuis plusieurs jours et avait repris sa manière de vivre habituelle, sans sortir toutefois de son appartement. M. Danyau la visite à onze heures du matin, et la trouve un peu inquiète et préoccupée. Elle venait de reconnaître qu'elle portait un écartement de la ligne blanche; un second motif était puisé dans l'intérêt qu'elle portait à sa belle-mère, dont la santé laissait concevoir des inquiétudes. M. Danyau, après avoir ramené un peu de calme dans son esprit, la quitte. Peu d'instants s'étaient écoulés lorsque le beau-père de cette dame entra dans le salon, et l'engagea à venir déjeuner; elle répond qu'elle le suit, et, au même instant, elle se plaint d'étouffer, s'affaisse sous elle-même; le beau-père se précipite et ne relève qu'un cadavre. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin ; on ne trouva d'air ni dans les veines ni dans le cœur; pour seule lésion, un peu de vascularisation du péricarde, accompagnée de la présence d'une cuillerée de sérosité dans la cavité de cette séreuse.

Cette description que je viens de donner, ajoute M. Danyau, est la même pour les cas que MM. Dubois, Moreau et Baudelocque m'ont rapportés; la mort a été toujours rapide et imprévue. Les faits de M. Robert et ceux publiés ne font pas exception. Quant aux lésions, elles échappent jusqu'ici aux investigations des anatomo-pathologistes. La malade dont je viens de vous retracer l'histoire était d'un remarquable embonpoint; elle faisait peu d'exercice d'ordinaire, et sous l'influence de la marche éprouvait un peu d'oppression. Le cœur était légèrement graisseux. Cette altération du cœur a été notée en Angleterre comme disposant à ces morts subites, et il est assez remarquable que dans le dernier volume des Transactions adressé à la Société, on trouve, parmi les cas de morts subites par le fait de l'état graisseux du cœur, deux observations de femmes récemment accouchées. Cette étiologie des syncopes ultimes n'a pas cependant, à nos yeux, une grande valeur. L'époque éloignée de l'accouchement à laquelle ces morts subites ont lieu ne permet pas davantage de les rapporter à l'introduction de l'air dans les veines utérines. Sur ces faits, dit en terminant M. Danyau, on est donc réduit encore aux hypothèses.

L'incertitude des causes de ces syncopes mortelles a porté M. Robert à se demander si l'on ne devait pas en rechercher la prédisposition, au moins, dans cet état chloro-anémique signalé récemment par M. Cazeaux chez un grand nombre de femmes pendant la grossesse. Dans

les faits qu'il a observés, il croit se rappeler qu'un état chlorotique existait. Nous publierons prochainement un travail de M. Cazeaux sur cette chloro-anémie des femmes pendant la grossesse.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE DE POITRINE (*Accidents d'*) *guéris par l'emploi du sulfate de quinine.* En rapportant, dans notre dernier numéro, le fait remarquable de M. Hervieux, relatif à une angine de poitrine traitée avec succès par les saignées coup sur coup, nous n'avons certes pas prétendu poser en règle générale dans les cas de ce genre l'emploi d'un remède aussi héroïque. Nous nous sommes, au contraire, attaché, dans l'appréciation de ce fait, à montrer qu'il y avait peut-être, dans l'ensemble des conditions où se trouvait le malade de M. Hervieux, quelque raison de croire que l'utilité si évidente des saignées et la nécessité de les réitérer étaient tout individuelles, et qu'il ne faudrait pas conclure de leur efficacité dans ce cas à une indication générale. Le fait suivant nous paraît de nature à confirmer l'exactitude des propositions que nous avons voulu établir.

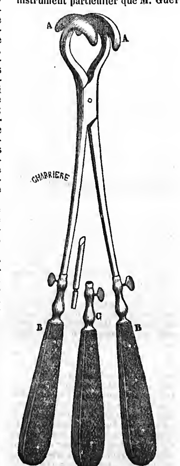
Un scieur de long, âgé de soixante ans, aux formes athlétiques, d'une constitution pléthorique et d'un tempérament sanguin, à la suite d'une vive frayeur qu'il avait éprouvée en tombant dans un puits, et des efforts surhumains qu'il avait dû faire pour se soutenir avec les coudes au-dessus de l'eau, fut pris de vertiges épileptiformes, contre lesquels il n'imagina rien de mieux que de boire en abondance. Cependant les accidents persistant, un médecin lui pratiqua en vingt jours onze larges saignées, lui fit appliquer à diverses fois des sangsues à l'anus, et lui administra du sulfate de quinine, parce qu'il y avait une certaine périodicité dans les accidents. Entré dans les salles de clinique médicale de l'hôpital de Bologne, on constata que les accidents procédaient de la manière suivante : il y avait une espèce d'aura, comme une sensation de froid, qui, le plus souvent, partait des membres abdominaux et aboutissait en définitive à la région précordiale, où le malade éprouvait une constriction, une oppression et une dyspnée avec tremblement convulsif; pâleur de la face, dépression du pouls. A ces phénomènes succédaient très-rapidement des battements fatigants et précipités des artères de la tête, de l'animation du visage, une réaction plus ou moins violente. L'accès se terminait ainsi, pour se reproduire de nouveau jusqu'à cinq ou six fois par jour, plus ou moins intense, et comme à des périodes régulières. Le malade n'avait éprouvé aucune amélioration des saignées; la quinine paraissait avoir retardé ou diminué un peu les accès.

A son entrée à l'hôpital, il était dans le plus grand abattement; la peau froide; en proie à la dyspnée au plus léger mouvement; le pouls était petit et lent; la respiration lente et haute; les traits affaissés, les tissus mous et sans tonicité. L'auscultation et les autres signes rationnels firent diagnostiquer par M. Belletti l'existence d'une altération organique du cœur et probablement d'un anévrysme de l'aorte ; une saignée qui lui fut pratiquée se couvrit d'une couenne très-épaisse; mais on ne crut pas devoir persister dans l'emploi de ce moyen. Le malade fut mis à une alimentation légère, à l'usage du lait et d'une boisson nitrée, avec décoction amère de temps en temps; et de plus, pour agir sur le système nerveux, on lui fit prendre 30 centigrammes de quinine par jour, en même temps qu'on lui faisait appliquer des ventouses sur la région précordiale, pour calmer les souffrances que le malade accusait de ce côté. Sous cette influence, l'amélioration fut des plus marquées; les accès disparurent; mais le pouls se ralentit jusqu'à ne donner que 40 pulsations par minute. Depuis vingt jours le malade n'avait plus d'accès, lorsqu'à la suite d'un écart de régime, il en eut un pour lequel on crut utile de le purger. On suspen-

dit alors le sulfate de quinine, et on lui substitua la décoction de quinquina. Les accès n'ont pas reparu ; mais les symptômes de l'affection organique du cœur persistent.

Peut-être dira-t-on que ce fait ne prouve rien contre les émissions sanguines, puisqu'il existait en même temps chez ce malade une affection organique du cœur. Que l'on réfléchisse cependant aux circonstances dans lesquelles les accidents ont éclaté, à la forme éminemment paroxystique qu'ils ont affectée, et il sera impossible de ne pas reconnaître les traces de parenté les plus intimes entre cette affection et l'angine de poitrine. Sans doute, il existe des cas d'angine de poitrine bien caractérisés en dehors de toute affection organique du cœur, et ce sont eux qui ont servi à établir la place de cette maladie dans le cadre nosologique ; mais comment pourrait-on se refuser à admettre l'existence de cette maladie, lorsqu'elle est bien caractérisée, par cela même qu'il y a des signes de maladie du cœur ? Autant vaudrait dire que la présence d'une complication suffit pour enlever à une maladie donnée toute sa signification pathologique. La preuve, du reste, que l'angine de poitrine est souvent accompagnée de maladie du cœur ou réciproquement, c'est que des médecins distingués, Corrigan en particulier, ont voulu la rattacher dans tous les cas à une altération organique du cœur ou des gros vaisseaux. Quant à l'emploi du sulfate de quinine dans le fait qui précède, il était parfaitement indiqué par l'intermittence à peu près régulière des accès, et l'événement est venu montrer que l'on n'avait pas eu tort de compter sur les bons effets de ce moyen, dans un cas où l'on avait pratiqué sans succès onze saignées dans un intervalle de vingt jours. (*Bull. delle scienz. med. di Bologna.*)

Cautère-tenaille. *Nouvel instrument pour enlever les bourrelets hémorrhoïdaux.* De toutes les méthodes opératoires proposées pour l'extirpation des tumeurs hémorrhoïdales, la cautérisation, soit qu'on la pratique avec le cautère potentiel, soit, mieux encore, qu'on ait recours au cautère actuel, est certainement la méthode la plus efficace et la plus sûre dans ses résultats. Nous avons déjà inséré dans ce journal un travail remarquable de M. Philippe Boyer (*Bulletin de Thérapeutique*, t. 33, p. 198), dans lequel ce chirurgien distingué a mis en relief tous les avantages de cette méthode. En attendant que nous revenions sur ce sujet, par la publication d'un Mémoire qui nous est promis par l'un des chirurgiens de Paris qui en ont fait l'usage le plus étendu, nous croyons utile de faire connaître un instrument particulier que M. Guer-



sant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, a fait construire par notre habile fabricant d'instruments, M.

Charrière, et qu'il a présenté récemment à la Société de chirurgie.

Ainsi qu'on peut le voir dans la planche ci-contre, c'est une véritable tenaille qu'on fait rougir à blanc, et à l'aide de laquelle on saisit le bourrelet hémorrhoïdal, de manière à l'enlever d'un seul coup. Les mors AA ont la forme demi-circulaire. Les deux manches BB peuvent servir également pour s'adapter aux cautères ordinaires. La fig. C représente l'un de ces mandrins démonté. M. Guersant a annoncé à la Société qu'il s'était plusieurs fois servi de cet instrument, qui rend l'opération rapide et facile.

CAUTÉRISATION *par dilution au moyen de la potasse caustique.* Sous ce titre, qui ne représente peut-être pas très-exactement la nature de ce procédé particulier de cautérisation, M. le docteur Bourgeois, médecin en chef de l'hôpital d'Etampes, décrit un procédé qui consiste à promener circulairement sur les parties malades un crayon de potasse caustique maintenu dans un portenitrate, ou à l'aide de pinces à pansement. La vive irritation déterminée par le caustique amène ordinairement une sécrétion séreuse, qui le fait dissoudre et pénétrer les chairs; celles-ci ne tardent pas à se délayer et à former une bouillie brunâtre, qui s'amasse circulairement autour de l'espèce de fonticule, qu'on creuse de cette manière aussi largement et aussi profondément que le nécessite le genre de mal auquel on a affaire. Dans le cas où les parties ne s'humecteraient pas sous l'influence du caustique, on pourrait les mouiller légèrement d'eau ou même de caustique. On voit que le procédé de cautérisation dont nous venons d'emprunter la description à M. Bourgeois n'est autre chose qu'une destruction sur place des parties malades avec la potasse caustique; et quant à la dilution, c'est-à-dire à l'extension de l'action caustique au delà du point qui a été touché, c'est un fait bien connu et qui a souvent détourné les médecins de l'emploi de ce moyen, parce qu'on n'est pas toujours bien sûr de l'étendue que l'on donne à l'escarre, tant en largeur qu'en profondeur. Quoi qu'il en soit, M. Bourgeois dit avoir employé ce procédé de cautérisation avec succès dans trois genres d'affection : 1° la pustule maligne; 2° les *nævi materni*; 3° et enfin certaines tumeurs de nature carcinomateuse, que la poudre arsenicale ne pourrait attaquer d'une manière complète. Relativement à la première affection, nous ne voyons pas en quoi ce procédé de cautérisation l'emporte sur ceux que nous possédons et que l'on emploie tous les jours; la facilité avec laquelle la potasse caustique dépasse les limites dans lesquelles on voudrait maintenir la cautérisation, est une circonstance bien digne d'être prise en considération, lorsqu'il s'agit d'une affection qui peut laisser après elle des cicatrices étendues et difformes. De même, relativement aux tumeurs carcinomateuse. Ce moyen participe, du reste, des inconvénients que présente, dans les cas de ce genre, l'emploi des caustiques. Restent les *nævi materni;* sur ce point, les faits rapportes par M. Bourgeois sont dignes de rappeler l'attention des chirurgiens vers l'emploi du caustique potentiel pour la destruction de ces tumeurs sanguines. Ainsi, une petite tumeur ayant la forme d'un triangle irrégulier et allongé de 7 à 8 millimètres, située au-dessus du sourcil droit, traitée par cette cautérisation, fut presque entièrement détruite en huit ou dix jours; une bande très-étroite de la tumeur, qui avait échappé en haut à la destruction, fut traitée de même, et, quelques semaines après, on ne voyait plus qu'une cicatrice à peine colorée, plus étroite que le mal auquel elle avait succédé. Dans un deuxième cas, une tache d'un rouge-cerise, ayant de quatre à cinq millimètres dans son grand diamètre, saillante d'un millimètre, située au-dessous de l'œil gauche, réclamait plus de prudence encore dans la cautérisation, en raison du renversement si facile et si désagréable de la paupière inférieure, après la plus petite perte de substance; aussi M. Bourgeois ne la pratiqua-t-il qu'au centre. A peine une mince couche de tissu érectile fut-elle diluée, l'escarre se colora d'une teinte fauve et s'étendit de manière à dépasser un peu, en certains points, le limbe de la tache, sans atteindre complétement le bord supérieur, qu'il fallut retoucher. Douze ou quinze jours après, la chute de l'escarre était complète; à cette époque, on ne voyait plus qu'une cicatrice moins colorée, mais peu saillante; deux

mois plus tard, elle était blanche et se perdait en partie dans les plis de la paupière, qu'elle tiraillait un peu. Dans ces deux cas, comme dans les deux autres qu'il a rapportés, l'un de nævus de la région malaire, l'autre de nævus de la lèvre supérieure, M. Bourgeois a eu la précaution de faire oindre, avec un peu de suif, toute la surface cautérisée, et de faire continuer les onctions jusqu'à la chute des escarres. La cautérisation détermine une assez vive douleur au moment même; mais elle ne tarde pas à se colorer, et les surfaces ne paraissent se préoccuper ensuite nullement du travail inflammatoire qui s'accomplit au pourtour de l'escarre. Seulement, ainsi que le fait remarquer M. Bourgeois, on peut se demander si la réussite serait aussi complète, s'il s'agissait de tumeurs érectiles beaucoup plus étendues que celles dont il a rapporté l'histoire. (*Archives de méd.*, janvier.)

CONSTIPATION (*Bons effets de l'emploi alimentaire du blé grossièrement moulu contre la*). Il y a peu de temps, nous signalions à l'attention des praticiens les effets remarquables du pain de son pour combattre cet accident si commun et si fatigant pour les personnes qui habitent les grandes villes, la constipation, et nous montrions tout le parti qu'on peut en tirer dans certains cas pour prévenir, chez quelques sujets, les accidents d'engouement et d'étranglement intestinal. Nous avons à exprimer ici un regret, c'est que ce moyen ne soit pas encore suffisamment connu et apprécié, en France, par les médecins; car à l'étranger, en Angleterre surtout, en Amérique, c'est une pratique presque vulgaire. Dans ce dernier pays, un médecin distingué, M. J. Warren, n'a pas peu contribué à en répandre l'usage; mais attribuant, comme nous l'avons fait nous-même, les propriétés relâchantes de ce pain à la présence des matériaux étrangers qu'il contient, à la grossièreté même de cet aliment, M. Warren a pensé que, dans les cas où ce moyen serait insuffisant, il pourrait être utile d'employer le blé grossièrement moulu et sans le réduire en pain. Ce médecin a fait, en conséquence, broyer un peu de blé dans un moulin à café, et après l'avoir fait bouillir trois ou quatre heures, en y ajoutant préalablement un peu de sel, il le trouva très-agréable au goût. Dès lors, dans tous les cas où il y avait constipation habituelle et difficile à vaincre, M. Warren a prescrit à ses malades une bouillie préparée de la manière suivante : on délaye dans de l'eau froide le blé grossièrement moulu, puis on le fait bouillir pendant trois ou quatre heures, en ajoutant de l'eau de temps en temps, assez pour lui donner la consistance du riz bouilli; la dose convenable est de 12 onces environ pour un adulte; un degré modéré de fluidité, c'est-à-dire moindre que celle du riz bouilli, le rend plus laxatif; si on le fait bouillir longtemps, il est plus agréable au goût, mais en perdant de son efficacité. On peut, dit M. Warren, en faire une partie du déjeuner ou même la totalité du repas, si le cas en requiert une grande quantité, et à dîner, on peut substituer cette bouillie au pudding et aux légumes du soir; pour le repas du soir, il est plus rare qu'il en fasse usage. Ceux qui veulent y ajouter quelque chose pour la rendre plus savoureuse peuvent y mêler du lait et du beurre, de la crème ou de la mélasse. Les choses sucrées sont mal supportées par les estomacs faibles, surtout la mélasse; mais quand elles sont supportées sans inconvénients, elles ajoutent à l'efficacité du blé. Cette substance est plus efficace pour prévenir la constipation, dit M. Warren, qu'aucune autre que j'aie jamais rencontrée après un grand nombre d'années d'observations et de recherches. Quand l'estomac est très-faible, il ne pourrait pas la supporter en suffisante quantité pour l'objet qu'on se propose; mais chez les sujets constipés en général, elle produit une révolution tout à fait remarquable, et un changement favorable consécutif dans l'appétit et la santé générale. (*American journ.* et *Revue méd. chir.*, janvier.)

FRACTURES DE LA ROTULE *non consolidées* (*Traitement des*) *par les griffes en fer et les sections sous-cutanées du triceps et des tissus fibreux qui recouvrent les fragments.* On sait que l'idée de saisir les fragments de la rotule au moyen de griffes métalliques appartient à M. Malgaigne. Celles qu'il emploie sont doubles. On les implante les unes au-dessus du fragment supérieur, les autres au-dessous du fragment inférieur, par conséquent dans les tissus fi-

breux et non dans l'os lui-même. On les rapproche l'une de l'autre au moyen d'un mécanisme particulier, jusqu'à ce que les fragments soient en contact, et on les laisse en place pendant un intervalle de temps qui ne dépasse pas trente jours. Plus tard, M. Aigant (de Strasbourg), remarquant la difficulté avec laquelle les griffes saisissent les fragments, et voulant éviter les déplacements, qui obligent quelquefois de les enlever avant le temps, a pensé qu'il faudrait introduire les corps étrangers, non pas dans le tissu fibreux qui s'unit à la rotule, mais dans la rotule elle-même; à cet effet, il a proposé des vis au lieu de griffes simples. M. Malgaigne, comme on sait, a appliqué avec succès ces griffes dans le traitement des fractures récentes de la rotule, et l'application de ce moyen de contention mérite d'autant plus de figurer parmi les pratiques habituelles de la chirurgie, que les bandages destinés à rapprocher les fragments sont loin d'atteindre dans tous les cas le but que l'on se propose. Néanmoins, il ne faut pas exagérer non plus l'insuffisance de ces bandages: soit qu'ils aient plus de valeur qu'on ne le suppose, soit que la position suffise à elle seule, il est certain que les moyens ordinaires permettent d'obtenir une consolidation par l'intermédiaire d'un tissu fibreux assez résistant, lorsque la distance qui sépare les fragments ne dépasse pas 1 ou 2 centimètres; mais cette insuffisance est complète, quand l'écartement est de 3 à 6 ou 7 centimètres, et que dès lors ce n'est pas la rotule seulement qui est divisée, mais la capsule et les tissus fibreux qui s'y attachent en dedans et en dehors.

C'est principalement dans les fractures transversales anciennes et non consolidées, dont les fragments restent éloignés de 3, 4, 5 à 6 centimètres et même plus, lorsqu'un tissu fibreux, trop mince pour transmettre à la jambe les contractions du triceps, existe entre eux, et que les malades, conservant une très-grande faiblesse dans le genou, ne peuvent se maintenir que très-difficilement en équilibre, et tombent dès qu'ils rencontrent le moindre obstacle, c'est dans ces circonstances, disons-nous, que l'on peut songer, à plus forte raison, à l'emploi des griffes de M. Malgaigne. En effet, on peut bien diminuer la gêne dans la marche en faisant porter une gouttière en cuir, ou même un tuteur à branches latérales dont les parties jambière et fémorale sont articulées entre elles, de manière à limiter beaucoup le mouvement de flexion; mais ce n'est là qu'un moyen palliatif, fort insuffisant le plus souvent pour permettre aux malades de reprendre leurs occupations et leurs travaux habituels. Il peut même être utile de joindre à l'application des griffes de M. Malgaigne, précédée, bien entendu, de l'avivement des fragments, la section du triceps, ainsi que le propose et que l'a pratiqué avec succès un chirurgien distingué, M. Bonnet (de Lyon), dans un cas que nous allons rapporter.

Un homme vigoureux, âgé de quarante-quatre ans, s'était fracturé la rotule au mois de décembre 1848, et il avait été traité par la position et les bandages. Aucune consolidation ne s'était faite, et son membre avait conservé une telle faiblesse qu'il tombait à chaque instant, à la rencontre d'un obstacle, et qu'il ne pouvait plus se livrer à ses travaux. Lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois de janvier 1851, on ne pouvait reconnaître aucune trace de consolidation entre les fragments supérieur et inférieur de la rotule; l'écartement qui existait entre eux était de 5 à 6 centimètres lorsque la jambe était étendue, et de 10 centimètres quand elle était fléchie. Le malade était décidé à tout subir pour améliorer sa position. Dans ces circonstances, M. Bonnet pensa que l'on pourrait améliorer cet état en combinant entre eux la section du triceps et l'avivement par la méthode sous-cutanée de la solution de continuité, et en rapprochant les fragments par la méthode de M. Malgaigne modifiée. Cette opération fut pratiquée, le 18 janvier, de la manière suivante:

M. Bonnet commença par la section du triceps, à 1 centimètre au-dessus du fragment supérieur; une première piqûre, faite au milieu de la face externe du membre, permet d'introduire un ténotome mousse, par lequel le triceps fut coupé de la peau au fémur dans toute sa moitié externe, et même un peu au delà. La division du muscle fut complétée à travers une seconde piqûre, faite en dedans de la cuisse. Aussi-

tôt après cette opération, l'on put faire descendre le fragment supérieur de 3 centimètres plus bas qu'auparavant.

Procédant ensuite à l'avivement, l'opérateur fit pénétrer successivement, à travers deux nouvelles piqûres, en dedans et en dehors du genou, vis-à-vis les tubérosités du fémur, un ténotome en rondache, à l'aide duquel il s'appliqua à détacher le tissu fibreux qui recouvrait les deux fragments : les inégalités que ceux-ci présentaient en dehors rendirent incomplète de ce côté la dissection sous-cutanée. Toutes les plaies fermées avec le collodion, le membre fut placé dans une gouttière dont le talon était élevé de 15 centimètres au-dessus du lit. Pendant les quatre premiers jours, le genou fut douloureux et tuméfié par une hydarthrose ; cependant l'inflammation diminua rapidement, et sept jours après les sections sous-cutanées, elle était assez bien dissipée pour que l'on pût s'occuper du complément de l'opération. C'est aux vis fixées dans la rotule que M. Bonnet donna la préférence. Deux vis, surmontées chacune d'une tige quadrangulaire de 3 centimètres de hauteur, furent implantées dans la partie moyenne des deux fragments à 1 centimètre du bord de la fracture; le fragment inférieur étant d'un petit volume, l'instrument parut s'y fixer avec un peu moins de solidité que dans celui d'en haut. Un aide, saisissant ces tiges, les rapprocha l'une de l'autre autant qu'il fut possible, et l'opérateur les fixa dans cet état de rapprochement en les embrassant à leur base avec plusieurs circulaires de fil ciré. Mais, si les tiges n'avaient été retenues ainsi qu'à leur partie inférieure, elles auraient inévitablement éprouvé un mouvement de bascule, et les deux sommets se seraient rapprochés : pour les maintenir perpendiculaires sur les fragments, et parallèles entre elles, M. Bonnet serra leur extrémité supérieure entre deux petites branches d'acier réunies par une vis de pression.

Quand ce rapprochement fut opéré, l'intervalle qui restait entre les deux fragments était de 1 centimètre en dehors, et de 1 et demi centimètre en dedans. Les vis restèrent en place pendant quarante jours; aucun accident ne se manifesta, aucune suppuration n'eut lieu; seulement le malade souffrit et eut une complète insomnie pendant les trois premiers jours qui suivirent leur introduction; le genou se gonfla un peu et l'hydarthrose se reproduisit. Cinq jours après l'enlèvement des vis, l'inflammation légère, produite par la présence de ces corps étrangers, était dissipée; on reconnut qu'il existait entre les fragments une distance de 2 centimètres. Il eût été imprudent de permettre au malade de se lever sans que son genou fût maintenu dans l'extension par un appareil; on lui fit porter une gouttière en cuir solide, lacée en devant, et étendue depuis le bas de la jambe jusqu'en haut de la cuisse. Pendant une huitaine de jours il se promena ainsi dans la salle, en s'appuyant sur une canne; il marchait, disait-il, beaucoup mieux qu'avant l'opération. Il quitta l'hôpital le 20 mars. Six mois plus tard, on constatait un intervalle de plus de 3 centimètres entre les fragments; la flexion de la jambe ne dépassait pas 12 ou 15°, et, lorsqu'elle était portée aussi loin que possible, on sentait distinctement un tissu résistant, semblable à un tendon, qui s'étendait d'un fragment à l'autre. Le malade était très-satisfait de son opération; il pouvait faire de longues marches; la rencontre d'un obstacle ne le faisait plus tomber, et il sentait dans le genou assez de force pour espérer reprendre les travaux de sa profession : toutefois, il fallait tenir compte de la gouttière que le malade portait depuis sa sortie de l'hôpital, et dont il ne pouvait pas encore se passer. (*Revue méd.-chir.*, janvier.)

GENTIANINE *présentée comme succédané du quinquina.* Aux succédanés nombreux proposés, nous devons ajouter, d'après le docteur Küchemeister, la gentiane impure et non cristallisée. Les conclusions suivantes, qui terminent son travail, recommandent ce produit à l'expérimentation des médecins qui s'occupent de la solution de la question des succédanés du quinquina.

1° Que cette base agit aussi efficacement sur la rate que la quinine;

2° Que son action n'est pas moins rapide;

3° Qu'il suffit de l'administrer à la dose de 1 à 2 grammes deux fois par jour;

4° Que la gentianine constitue

probablement le succédané le plus précieux du quinquina. (*Arch. de méd.* et *Presse médicale*, janvier 1851.)

PARALYSIE *des ivrognes* (*Effets remarquables de l'opium à haute dose dans le traitement de la*). C'est presque une chose vulgaire aujourd'hui que les résultats avantageux que l'on peut attendre de l'opium à haute dose dans le traitement du delirium tremens ; peut-être même serait-il bon que les médecins fussent prévenus de la possibilité qu'il y a d'échouer complétement dans certains cas avec ce moyen comme avec tout autre, et de voir succomber les malades dans le coma. Néanmoins, il est hors de doute que l'opium est un des agents les plus précieux contre les accidents nerveux qui résultent de l'abus du vin et des liqueurs fortes, et c'est à ce titre, et pour faire connaître une application ingénieuse de ce même agent à un ordre d'accidents un peu différent de celui auquel on a affaire ordinairement, mais qui reconnaît cependant la même cause, que nous publions les faits rapportés par M. Daveri, médecin des salles de maladies chroniques de l'hôpital Sainte-Ursule, de Bologne.

La maladie contre laquelle M. Daveri a fait usage avec succès de l'opium à haute dose est la paralysie dite des ivrognes, et qui est caractérisée de la manière suivante : au début, il n'y a que des tremblements, tantôt de tous les membres, tantôt des membres inférieurs seulement, plus rarement des membres supérieurs ; plus tard, diminution de la puissance musculaire, par suite de laquelle le malade vacille sur ses jambes, quelquefois même ne peut se soutenir debout. Quelques-uns de ces malades ont du délire, principalement pendant la nuit ; la face est en général animée et presque violacée ; les yeux saillants hors de leurs orbites, tantôt fixes, tantôt agités, mais toujours peu sensibles à l'action de la lumière la plus vive ; le pouls est tantôt fort et vibrant, tantôt languissant et désordonné ; la chaleur de la peau est élevée ; cependant, il n'y avait pas de fièvre à proprement parler. C'est contre cette affection, dans laquelle les accidents vont rarement jusqu'à la paralysie complète, que l'opium a été donné par l'auteur, comme on le fait dans le delirium tremens, c'est-à-dire à doses telles, qu'elles eussent été très-difficilement supportées dans toute autre circonstance. Au reste, à mesure qu'il y avait de l'amélioration, la tolérance diminuait, et M. Daveri réduisait les doses. Telle est l'efficacité et la certitude de ce traitement, que, dans certains cas, les malades ont été guéris à plusieurs reprises de la même affection, par le même moyen. Dans ces circonstances, dit l'auteur, les émissions sanguines, générales ou locales, sont rarement utiles, à moins qu'il n'y ait des phénomènes tranchés et évidents de phlogose. Encore faut-il apporter dans l'emploi de ce dernier moyen beaucoup de prudence et de discrétion, sous peine de voir la névrose calmée, presque vaincue, reparaître plus grave et plus menaçante. Lorsqu'on a obtenu de l'opium tout ce qu'on était en droit d'en attendre, et que les malades restent cependant comme plongés dans un profond abattement, l'infusion de valériane peut être employée avec le succès le plus complet. (*Bull. delle scienze di Bologna.*)

RAGE (*De la valeur des frictions mercurielles comme traitement préventif et curatif de la*). Formulé pour la première fois, en 1738, par Pierre Desault, mais seulement comme traitement pouvant prévenir le développement de la maladie, la médication mercurielle a été immédiatement étudiée par les hommes les plus considérables de l'époque. Sauvages, Tissot, Lausonne, pour ne citer que les plus remarquables, célébrèrent successivement les vertus prophylactiques de ces frictions. Une véritable réaction ne tarda pas à s'opérer vers 1783. Ce fut le travail de Bouël, inséré dans les Mémoires de la Société royale de médecine, qui y donna lieu. Leroux, de Dijon, dans un Mémoire qui, la même année, reçut le premier prix de cette Société, vint discuter les observations sur lesquelles on s'appuyait pour vanter cette médication, et chercha à démontrer qu'elles étaient loin d'établir l'efficacité des mercuriaux. Bouteille, dont le travail mérita le second prix, ne se montra pas aussi sévère que Leroux. Enfin, Enaux et Chaussier, et, avec eux, Sabatier, vinrent, plus tard, non-seulement révoquer en doute les vertus préservatives des

frictions mercurielles, mais ils furent même jusqu'à contester l'innocuité de cette médication. Ces médecins ne sont-ils pas allés trop loin dans l'appréciation de ce moyen thérapeutique de la rage? Telle est l'importante question que M. le docteur Dezanneau est venu soumettre à l'Académie de médecine, en adressant à cette savante compagnie les observations de cinq malades mordus par un loup enragé, et dont trois furent préservés de la rage par les frictions mercurielles; et, si le quatrième a succombé, il faut rapporter ce résultat, suivant notre honorable confrère, à la manière incomplète dont la médication fut suivie. Enfin, la cinquième personne, la première mordue, qui n'avait été soumise à aucun traitement, mourait de la rage le vingt-deuxième jour.

M. Renault, dans un savant rapport, est venu poser tout d'abord la question de la contagion de cette redoutable maladie. Après avoir tracé l'historique que nous venons de rappeler, cet académicien établit que pour apprécier la valeur prophylactique des médications, il est indispensables d'établir quelle est en moyenne la proportion des cas de rage à ceux des morsures; car dans tous les traités, ou le sait, les exemples abondent dans lesquels ces sortes de morsures sont restées sans résultats sur des personnes et des animaux qui n'ont subi aucun traitement. Or, les expériences entreprises à Alfort depuis 1828 ont conduit ce savant expérimentateur à établir que les deux tiers des chiens amenés aux hôpitaux de l'Ecole, après avoir été mordus dans les rues par des chiens enragés ou regardés comme tels, et qui y sont restés en observation, sans être soumis à aucun traitement, n'ont rien éprouvé. Les résultats de ces calculs faits sur les animaux de cette catégorie peuvent, jusqu'à un certain point, s'appliquer aux observations faites sur l'espèce humaine, puisque c'est ordinairement dans des circonstances semblables que sont mordues les personnes qui font l'objet des observations rapportées par les médecins. Or, c'est à peine le chiffre des 2/3 de guérisons que présentent les auteurs les plus favorables à la médication mercurielle comme traitement préventif de la rage. Ajoutons à cela, dit M. Renault, qu'il est peu d'observations dans lesquelles on n'ait lotionné, fait saigner plus ou moins abondamment, et surtout cautérisé les plaies. De plus, en même temps qu'on frictionnait les malades avec la pommade mercurielle, on entretenait la suppuration des plaies au moyen de vésicants plus ou moins énergiques, et on leur administrait à l'intérieur, soit du camphre, soit de l'opium, soit du musc, etc., sans négliger les bains tièdes, les lavements laxatifs.

Après ces considérations, il semble qu'il ne doive rien rester de tout ce qui a été dit sur la valeur des frictions mercurielles dans les cas de morsures par les animaux enragés: telle ne pouvait être la conclusion du savant rapporteur; seulement en présence des résultats qu'il avait observés sur la contagion du virus rabique, il pouvait réclamer au profit de la cautérisation la spécificité d'action préservatrice qu'on avait rapportée au traitement mercuriel. Nous regretions même que M. Renault n'ait pas mis en relief la valeur du caustique employé par M. Dezanneau. En effet, l'acide sulfurique nous paraît préférable dans ces cas de morsures, en ce qu'il pénètre plus profondément dans les tissus que les autres caustiques; seulement, comme on a plus souvent sous la main du feu et un morceau de fer, et que, dans ces circonstances, il n'importe pas seulement d'agir énergiquement, mais avec promptitude, les praticiens ne doivent pas oublier le cautère actuel. Ces premiers soins donnés, aussi complets que possible, à quelle médication recourir comme méthode préventive? La plus accréditée est la suppuration des plaies. Quant à la médication interne, elle demeure à formuler, car les mercuriaux comme les acides minéraux, la sabine, le cucumis, n'ont pas fourni des résultats assez favorables pour que les praticiens ne se livrent pas à de nouvelles recherches. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, janvier 1852.)

SERINGUE *pour injection dans l'urètre* (*Modification apportée à la*). En médecine, les petites choses ne sont pas toujours les moins utiles, et une modification très-légère apportée à la structure de l'instrument le plus vulgaire peut avoir une grande portée dans la pratique, par la facilité qu'elle

apporte à son maniement et à son emploi. Quel est le médecin qui, ayant prescrit à des malades affectés de blennorrhagie des injections avec une solution de nitrate d'argent, en leur recommandant de faire usage d'une seringue en verre, n'a été frappé des difficultés que présente quelquefois cette petite opération, et de la manière incomplète et insuffisante avec laquelle elle est pratiquée par la plupart d'entre eux? A cela, il y a plusieurs causes: d'une part, l'inexpérience des malades, qui introduisent le bout de l'instrument trop ou trop peu profondément dans l'urètre, qui font pénétrer le liquide caustique avec trop de rapidité ou de lenteur, le laissent trop peu de temps en contact avec la muqueuse urétrale, etc. Il faut donc que le médecin fasse en quelque sorte l'éducation de ses malades, qu'il leur dise que les injections doivent être faites debout, l'extrémité de la seringue tenue de la main droite, portée à une profondeur de un quart de pouce dans l'urètre, une compression modérée exercée circulairement sur le méat urinaire avec le pouce et l'index de la main gauche, et le liquide poussé doucement dans le canal de l'urètre, retenu pendant quelques minutes, au moyen de cette même compression du méat. Mais l'inexpérience des malades n'est pas la seule cause de l'insuccès de ces injections; il y en a d'autres; une des plus puissantes, c'est la mauvaise disposition de l'extrémité des seringues en verre que l'on vend généralement dans le commerce. Ces seringues sont terminées par une extrémité conique, effilée, souvent pointue, qui affecte désagréablement la muqueuse de l'urètre; mais là n'est pas leur seul défaut. La pression que l'on exerce sur le méat urinaire n'est efficace qu'à la condition de serrer un peu fortement le méat sur l'extrémité de la seringue, et dès qu'on serre de cette manière, il n'est pas rare de voir l'instrument s'échapper de l'urètre, par suite du glissement de la muqueuse sur cette extrémité lisse et conique; d'un autre côté, si l'instrument n'est pas introduit bien parallèlement à l'axe de l'urètre, s'il vient buter contre les parois de ce canal, l'introduction du liquide médicamenteux peut être difficile, impossible même. Toutes ces circonstances ont engagé M. Acton, qui se livre avec succès, en Angleterre, au traitement des maladies syphilitiques, à modifier la disposition de l'extrémité de la seringue à injection. Au lieu de lui donner la forme conique, ce chirurgien a fait renfler cette extrémité en forme de bulbe, ainsi qu'on peut le voir dans la figure ci-jointe. De cette manière, l'instrument ne peut pas blesser le canal



de l'urètre, offre un point d'appui suffisant pour fermer le méat au moment de l'injection, assure un libre passage au liquide médicamenteux; et comme, d'un autre côté, ce bulbe est traversé par un canal qui va en se rétrécissant, il s'ensuit que le liquide arrivant dans le canal de l'urètre animé d'une rapidité toujours croissante, parvient plus facilement à vaincre la résistance des parois urétrales. M. Acton a fait construire des seringues à injection, dont l'extrémité a des dimensions plus ou moins considérables; mais celle dont il fait usage le plus habituellement offre un bulbe dont le diamètre égale celui de l'extrémité mousse d'une plume d'oie. Nous ne saurions trop engager nos fabricants d'instruments à faire subir aux seringues en verre cette modification, petite en apparence, mais appelée certainement à rendre de grands services dans la pratique.

VARIÉTÉS.

—

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Jusqu'ici les accidents qui se sont produits pendant les opérations anesthésiques, même ceux qui se sont terminés par la mort des malades, avaient été soumis au jugement des corps savants ; il n'en est plus de même aujourd'hui, et la responsabilité des praticiens se trouve ainsi trop fortement mise en cause, pour que nous ne placions pas sous les yeux de nos lecteurs le jugement que vient de prononcer le tribunal de première instance de Strasbourg. Nous publions le compte rendu des débats judiciaires par M. le docteur Eisseu, rédacteur en chef de la Gazette médicale, et insérerons, dans notre prochaine livraison, les rapports médico-légaux.

Mort par le chloroforme. — Accusation d'homicide par imprudence.

Cette audience ne présente pas l'aspect accoutumé des audiences de police correctionnelle. Un public plus choisi s'y est donné rendez-vous. Les bancs, qui ordinairement ne contiennent que des curieux désœuvrés, ou des parents ou amis des prévenus, suivant avec émotion les phases des débats, ont reçu cette fois un certain nombre d'adeptes de la science médicale ; les professeurs de la Faculté de médecine, les praticiens de la ville et les étudiants ont fourni leur contingent, et tous se préparent à assister avec recueillement aux différentes péripéties de l'intéressante cause qui les a attirés.

Le prévenu déclare se nommer Kobelt (Jean-Chrétien), âgé de quarante-six ans, officier de santé, né à Auenheim, grand-duché de Bade, à Strasbourg depuis l'année 1825. Sur l'invitation de M. le président, il prend place à côté de son défenseur, Me Schæffer.

M. LE PRÉSIDENT. Kobelt, vous êtes accusé d'avoir causé la mort de Mme Simon, en lui faisant application du chloroforme pour l'extraction de plusieurs dents, sans avoir pris les précautions nécessaires en pareil cas, et sans avoir observé les règlements qui fixent vos attributions.

M. le procureur de la République procède à l'appel des témoins dans l'ordre suivant : Babet H..., femme de chambre de la défunte ; M. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine ; M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg ; M. Simon, veuf de la victime, ce dernier à la requête du prévenu. M. le président s'informe si M. Sédillot a été cité comme témoin. Le procureur de la République déclare le vouloir faire assister aux débats comme expert. M. Sédillot prête serment en cette qualité. Les autres témoins prêtent serment également.

Babet H..., trente ans, femme de chambre. — Ce témoin raconte que Mme Simon était tourmentée de fréquents maux de dents. On pria le médecin ordinaire, M. le professeur Stoltz, à peu près quinze jours avant l'événement, de donner son avis sur ce qu'il y avait à faire. M. Stoltz donna quelques conseils, entre autres celui d'arracher les dents malades. Mme Simon avait une grande peur des douleurs ainsi que des opérations. Finalement, elle se décida à l'extraction, et alla trouver elle-même, le dimanche (c'est-à-dire deux jours avant la catastrophe), M. Kobelt pour convenir avec lui

du jour de l'opération. Depuis lors elle ne cessa d'être en proie à des transes continuelles. Lorsque M. Kobelt arriva, elle passa subitement à un état d'égarement complet, la terreur s'empara d'elle, et elle eut l'idée de se sauver. Elle était pâle comme la mort. Dans ces circonstances, M. Kobelt déclara vouloir renoncer à l'opération ; mais Mme Simon, redoutant encore bien plus la prolongation de ses souffrances, insista vivement pour que l'opération fût faite. Elle s'opposa surtout à ce qu'on appelât un autre médecin, de peur que celui-ci ne conseillât de remettre l'opération à un autre jour. M. Kobelt alors s'éloigna pour chercher du chloroforme, ce qui fit penser à Mme Simon qu'on l'avait définitivement renvoyé, et la fit retomber dans un nouvel état d'exaspération. Enfin M. Kobelt revint, plaça Mme Simon sur une chaise, versa du chloroforme sur un mouchoir, en expliqua l'action à la malade, puis rapprocha successivement du nez et de la bouche. Au moment où il pouvait être encore à un centimètre des narines, Mme Simon parut morte aux assistants. Là-dessus l'opération fut faite; mais, à l'extraction de la troisième dent, on conçut des inquiétudes, et on s'empressa de porter remède à l'état de la malade.

Le greffier donne ensuite lecture de la déposition faite par le témoin dans l'instruction. Il en résulte que le témoin lui-même s'est fait arracher deux dents par M. Kobelt, après l'éthérisation ; que Mme Simon a donné la préférence au chloroforme, ayant entendu vanter cet agent ; qu'il y a quatre ans, s'étant fait arracher une dent par le même opérateur, elle avait demandé l'éthérisation et avait éprouvé un refus. Les autres circonstances concordent avec la déposition orale, sauf la version concernant l'application du mouchoir. Dans l'instruction, le témoin avait déclaré que le mouchoir avait été appliqué à la fin *exactement* sur le nez et la bouche, tandis qu'à l'audience elle affirme qu'il a resté à une certaine distance de ces parties. Le témoin ajoute encore que lorsqu'on s'aperçut de l'action délétère du chloroforme, Mme Simon fut placée horizontalement sur un canapé ; qu'on la frotta avec du vinaigre et de l'eau de Cologne ; que M. Kobelt fit chercher à la pharmacie un liquide blanc qu'elle ne sait nommer ; qu'il essaya de faire une saignée qui n'eut pas de résultat ; qu'il fit appliquer des sinapismes aux mollets, et que l'on courut chez tous les médecins dont on se rappelait le nom et l'adresse. Le prévenu déclare n'avoir point d'observations à faire sur cette déposition.

D. Vous êtes-vous informé auprès de M. ou de Mme Simon si M. Stoltz n'avait pas manifesté le désir d'être présent à l'opération, et comment, dans l'affirmative, n'avez-vous pas tenu à attendre son arrivée? — R. J'opère toujours sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'on ne la réclame absolument. J'ai fait cinq ou six cents fois la même chose sans avoir jamais eu le moindre accident. — D. Mais ne deviez-vous pas attendre l'arrivée du médecin, pour connaître sa manière de voir, les obstacles qui pourraient s'opposer à la chloroformisation, et enfin pour entourer de toutes les garanties possibles la personne qui allait remettre sa vie entre vos mains? — R. Ce sont les insistances de Mme Simon qui m'ont vaincu, je n'aurais jamais osé lui refuser. — D. Les insistances d'un malade ne sauraient être une loi pour le médecin.—R. Mais, monsieur le président, ce que j'avais à faire était si peu de chose! — D. Vous avez malheureusement pu vous convaincre que la chloroformisation était une opération très-sérieuse et très-importante.—R. Je n'ai pas employé trop de chloroforme.—D. Quand

on soumet un malade à l'action du chloroforme, toute l'attention doit se fixer sur les progrès de l'anesthésie, sur l'état du pouls et de la respiration. Au lieu de cela vous faites l'extraction de plusieurs dents, sans vous préoccuper de l'état de votre malade; vous agissez seul, quand on voit les maîtres de l'art se faire assister constamment d'aides. — R. Je fais toujours ainsi, je n'ai jamais employé d'aides. — D. Il paraîtrait, d'après certains indices, que Mme Simon était à l'époque menstruelle ? — R. Cela est trop délicat à demander à une dame. D'ailleurs Mme Simon ne voulait pas attendre; moi, j'ignorais cette circonstance; et puis d'ailleurs j'ai fait si souvent cette opération que je ne me doutais de rien. — D. Quand vous opérez, êtes-vous ordinairement muni d'ammoniaque ou d'autres substances qui peuvent faire cesser l'anesthésie ?—R. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération en présence de médecins très-distingués, il n'y a jamais été question de pareilles substances. — D. Il paraît que vous avez complétement intercepté l'air avec le mouchoir?—R. Je n'ai point fait ainsi. Il faut toujours que l'air circule un peu entre les organes et l'appareil.

M. le président rappelle le premier témoin et l'engage à montrer au tribunal comment le mouchoir a été appliqué. Le témoin approche successivement son mouchoir de sa bouche, mais ne l'applique pas tout à fait.

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur Sédillot, vous êtes l'un des juges de cette affaire. On vous demandera si la mort de Mme Simon est le résultat de l'usage du chloroforme, et s'il y a eu faute commise. Peut-être y a-t-il des détails qu'il vous serait nécessaire de connaître, et qui auraient pu échapper au tribunal. Avez-vous une question à adresser au témoin ou au prévenu ?—R. Non, monsieur le président.—D. Monsieur le professeur Stoltz, faites-nous connaître tous les détails ?—R. Absent lors de l'événement, je ne connais aucun détail de la catastrophe.—D. Vous avez cependant été consulté antérieurement? — R. Peu de temps auparavant j'avais été consulté par Mme Simon. Elle avait un certain nombre de dents cariées que je lui conseillai de faire enlever. Elle était pusillanime, nerveuse, craintive, et redoutait surtout les opérations. Je lui prescrivis alors des remèdes pour combattre et calmer ses douleurs. Cependant je me vis obligé de lui déclarer finalement qu'il n'y avait plus que l'extraction des dents qui pût mettre fin à ses tourments. Je m'offris à l'assister pendant cette opération et à la chloroformiser moi-même, car je redoutais beaucoup chez elle une action irrégulière de l'anesthésique. Mais dans son impatience d'être délivrée de ses douleurs, et redoutant les obstacles que la prudence aurait pu apporter à l'opération, elle profita de mon absence pour y faire procéder, et quand je revins elle était morte. — D. Vous teniez à ce que l'opération ne se fît pas sans vous. Si vous aviez assisté, comment auriez-vous fait? — R. J'aurais fait à peu de chose près comme M. Kobelt; seulement j'aurais examiné attentivement le pouls, la respiration; je me serais entouré des plus grandes précautions. — D. Auriez-vous procédé seul à l'opération? — R. Je ne le pense pas; je n'ai pas l'habitude de le faire, surtout si j'avais dû opérer l'extraction des dents moi-même. — D. Le médecin doit observer les progrès de l'anesthésie, il ne faut donc pas qu'il soit seul? — R. Cela est très-vrai; cependant pour l'extraction des dents cela arrive fréquemment. — D. Puisqu'il s'agissait de l'extraction de plusieurs dents, on pouvait exiger plus de prudence de la part de l'opérateur? — R. Certainement. — D. Il paraîtrait que Mme Simon se trouvait dans une position qui aurait dû faire diffé-

rer l'opération. L'auriez-vous questionnée sur ce sujet, et dans l'affirmative, auriez-vous permis l'opération? — R. Le premier devoir du médecin est de s'informer de toutes les circonstances qui doivent déterminer sa manière d'agir. Aucun phénomène vital n'est indifférent, et il importe d'éloigner toutes les chances contraires. Je me serais donc bien certainement informé si Mme Simon ne se trouvait pas par basard à sa période cataménique, et dans l'affirmative j'aurais différé l'opération. — D. Prévenu, avez-vous une question à adresser? Vous voyez bien, M. Stoltz aurait pris des informations que vous avez négligé de prendre. — R. Cela n'a pas duré cinq secondes; lorsqu'on n'emploie pas le chloroforme, l'opération dure bien plus longtemps.—D. Monsieur Sédillot a-t-il une observation à faire? — R. Non, monsieur le président.

Le premier témoin est rappelé ; on lui demande s'il sait si Mme Simon était menstruée à l'époque de l'opération. Le témoin répond qu'il croit que Mme Simon l'était huit jours auparavant.

M. le président à M. Sédillot : Admettez-vous que pour une personne aussi sensible, l'influence de l'époque menstruelle sur l'organisme ait pu se prolonger? — R. Cela est très-possible.

Troisième témoin, M. Simon. M. le président explique au témoin que ce n'est point le ministère public qui l'a fait citer, que c'est à regret que le tribunal s'est vu obligé de l'appeler au milieu de ces débats si douloureux pour lui ; mais que la défense, dans l'intérêt du prévenu, n'a pu renoncer à son témoignage.

Me Schæffen. Nous avons certes compris, comme le tribunal, la position de M. Simon, et ce n'est qu'après de longues hésitations que nous nous sommes décidé à le faire citer. Mais il y a un point obscur contradictoirement relaté par un témoin, et qu'il est de la plus haute importance pour nous d'éclaircir. Un témoin a déclaré dans l'instruction que le mouchoir a été appliqué exactement, tandis qu'à l'audience le même témoin a dit que le mouchoir a resté à quelque distance du nez et de la bouche. Or, il n'y a que ce témoin et M. Simon qui assistaient à l'opération, il n'y a donc que M. Simon seul capable de lever tous les doutes.

M. Simon. J'étais très-calme, j'ai bien observé; le mouchoir me paraît être resté à peu près à un centimètre de la bouche. Le tout n'a pas duré une minute. M. Kobelt a commencé par bien expliquer l'action du chloroforme. Lorsque l'anesthésique commença à agir, ma femme dit : *Oh! cela vient;* puis une seconde après : *cela vient plus fort;* puis elle ne dit plus rien. Je l'observais attentivement pendant ce temps, et le caractère que prit tout à coup sa physionomie me donna des appréhensions. J'en fis l'observation à M. Kobelt qui me tranquillisa et continua à arracher les dents. Après la troisième pourtant il partagea ma manière de voir, suspendit l'opération, et procéda à différentes manœuvres indiquées par la circonstance. Le tout en vain. Si j'avais pu différer l'opération, je l'aurais certainement fait; mais il m'a paru impossible de décider ma femme à renoncer à l'opération. Je craignais qu'elle ne perdît la raison.

M. le Président. Monsieur Sédillot, vous aurez à décider si M. Kobelt a été imprudent, ignorant ou maladroit. La justice n'a négligé aucun moyen pour arriver à la connaissance de la vérité. Elle s'est entourée des lumières des hommes de l'art. On a posé diverses questions à des experts, toutes relatives à l'action du chloroforme. Il va être donné connaissance des

pièces et rapports. Veuillez y prêter la plus grande attention. Vous aurez à déclarer ensuite si vous voulez donner votre opinion immédiatement et verbalement, ou bien sous forme de rapport écrit.

Le greffier procède à la lecture d'un rapport médico-légal sur les causes de la mort, et d'une consultation par MM. Tourber, Rigauld et Caillot, professeurs à la Faculté. (Nous publierons ces pièces importantes dans notre prochaine livraison).

M. le Président. Monsieur Sédillot pense-t-il nécessaire de demander une remise, pour se donner le temps de rédiger un rapport, ou de donner une réponse verbale plus longuement méditée, ou se croit-il éclairé par les dépositions des témoins et les rapports des premiers experts, pour donner immédiatement son opinion ? — R. Mon opinion est parfaitement arrêtée, et je suis prêt à l'exprimer immédiatement. — D. Dans ce cas le tribunal vous écoute, et vous prie de répondre à ces deux questions : 1° La malade a-t-elle succombé à l'action du chloroforme? 2° Faut-il accuser de ce résultat l'imprudence et l'impéritie de l'opérateur? — R. Oui, dans mon opinion, la chloroformisation a été la cause de la mort, mais je ne pense pas que M. Kobelt soit coupable d'imprudence ni d'impéritie, parce que cet officier de santé a suivi une pratique très-habituellement employée et même recommandée par des médecins considérables, dont l'exemple et l'autorité devaient suffire à lui inspirer une sécurité suffisante, et le mettent à l'abri de tout reproche.

Je demande cependant la permission d'entrer dans quelques détails, pour rassurer l'opinion publique, et montrer que la science n'est pas restée impuissante devant les dangers révélés par l'emploi du chloroforme, et qu'elle a découvert les moyens de les conjurer. Tous les jours on remplace les procédés de l'art par d'autres procédés plus efficaces et moins périlleux. Telle est la voie du progrès, et ce sont les accidents survenus qui activent les recherches et conduisent à des résultats plus heureux. L'emploi du chloroforme ne pouvait échapper à cette loi de perfectionnement, et la grande voix de l'expérience proclame chaque jour de nouvelles précautions à prendre, et de nouvelles ressources à appliquer. M. Kobelt a suivi un procédé que l'on croyait bon et qui avait réussi plusieurs centaines de fois. M. Kobelt n'est donc pas coupable ; mais il est important de prouver que le mode de chloroformisation auquel il a eu recours est vicieux, et qu'il faut l'abandonner, si l'on veut se mettre à l'abri de malheurs semblables à celui qu'il a eu à déplorer.

Deux méthodes distinctes se partagent l'emploi du chloroforme. L'une exige peu de temps et une très-petite quantité de l'agent anesthésique. Il suffit, pour produire l'insensibilité, de rendre les inhalations concentrées. Le malade respire peu d'air atmosphérique, et si l'on continue l'action du chloroforme, sans tenir compte de la gêne respiratoire et de l'agitation des mouvements, un ronflement caractéristique se fait bientôt entendre et indique que la sensibilité et la conscience ont disparu. Ce sont là, sans doute, de grands avantages ; mais ils sont compensés par d'inévitables dangers. Quelques personnes, plus irritables et plus susceptibles sont frappées d'asphyxie ou de syncope, et succombent, dans le cas particulièrement où on les chloroformise assises. Ces exemples de terminaisons funestes sont très-rares et véritablement exceptionnels, mais ils ont inspiré une terreur légitime à quelques-uns de nos confrères qui, n'en connais-

sant pas la cause, n'ont plus osé chloroformiser leurs malades. Je serais de leur avis, si l'on ne possédait pas les moyens d'éviter de si regrettables accidents. Mais ces moyens existent et constituent la seconde méthode de chloroformisation, dont nous dirons quelques mots.

Dans cette méthode, on commence par faire inspirer le chloroforme mêlé à une très-forte proportion d'air atmosphérique ; on maintient la régularité, la normalité de la respiration ; on n'augmente que lentement et peu à peu la concentration des inhalations, et on les suspend à la moindre imminence d'accidents. L'insensibilité est huit ou dix minutes à se produire, et on consomme 12 à 20 grammes de chloroforme ; il y a perte de temps et perte de l'agent anesthésique, mais ces inconvénients sont compensés par l'absence du danger. Avec cette méthode, on peut continuer les opérations les plus délicates pendant une heure, sans que les malades en aient conscience ; on consomme 100 grammes et plus de chloroforme, si on le juge nécessaire, et l'on n'a pas eu de mort à déplorer.

La question est donc tranchée : c'est à cette méthode qu'il faut recourir, et nous le faisons en toute confiance, puisque dans notre opinion le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. Une objection s'est néanmoins présentée. On a dit : M. Kobelt s'est conformé à ces règles et n'en a pas moins perdu sa malade. Nous démontrerons facilement, je crois, le peu de fondement de cette assertion. Un des témoins a rapporté, il est vrai, que le mouchoir sur lequel on avait versé le chloroforme avait toujours été tenu à trois ou quatre travers de doigt de distance de la dame Simon. Je n'accuse pas le sentiment consciencieux de ce témoignage, mais je n'hésite pas à affirmer qu'il manque d'exactitude, et doit être attribué à une confusion de souvenirs, bien naturelle au milieu des émotions d'un tel événement. Il est impossible d'anesthésier complétement les malades avec 3 grammes 75 centigrammes de chloroforme versés sur un mouchoir que l'on tient écarté de la figure. Il a donc fallu que M. Kobelt ait agi autrement, ou qu'il se soit trouvé en présence de conditions tout à fait exceptionnelles. Or, cette dernière hypothèse n'est pas soutenable. M. Kobelt avait demandé 10 grammes de chloroforme. Il en a consommé près de 4 grammes, a chloroformisé lui-même la malade, l'a opérée dès l'apparition de l'insensibilité.

Jusqu'à ce moment, les conditions de l'anesthésie avaient donc été semblables à celles dont il était journellement témoin. Autrement il eût été frappé par la différence des phénomènes, et au lieu d'opérer, il se fût occupé de remédier à l'imminence des accidents. Si l'insensibilité est survenue très-promptement chez Mme Simon, malgré la très-petite quantité de chloroforme employée, sans étonner ni surprendre M. Kobelt, c'est qu'il était habitué à ces résultats ; et comme il est impossible de les obtenir en chloroformisant les malades à distance, nous sommes en droit d'affirmer que le mouchoir a été directement porté sous le nez de la malade, et que les inhalations ont été brusques et concentrées. La confiance de M. Kobelt était si grande, qu'il n'a pas ajouté foi aux craintes exprimées par M. Simon, et qu'il a cru au retour prochain de la sensibilité. Il est donc évident, par la rapidité de l'anesthésie, la petite dose de chloroforme employée, et la confiance de M. Kobelt, que l'on a mis en usage la première méthode, dont le danger nous paraît incontestable. Nous résumons ces considérations, en disant :

1° Il est regrettable que le chloroforme n'ait pas été mieux préparé. 2° M. Kobelt a employé un procédé vicieux, qui est généralement en usage, et qu'il pouvait se croire autorisé à pratiquer, d'après les résultats heureux de sa propre expérience et l'autorité des hommes de l'art qui y ont encore recours. 3° M. Kobelt n'est pas coupable, puisqu'il a imité la conduite et partagé l'opinion d'hommes haut placés dans notre profession; mais cette conduite et cette opinion constituent une méthode erronée et dangereuse, qu'une connaissance plus approfondie des phénomènes anesthésiques fera nécessairement abandonner. 4° Ce n'est pas le chloroforme qu'il faut accuser de la mort de Mme Simon, mais le mode vicieux d'inhalation dont on s'est servi.

A la suite de cette communication, M. le procureur de la République déclare abandonner l'accusation à l'égard de M. Kobelt, et, après une courte délibération, M. le président prononce le jugement suivant :

« Attendu que l'emploi du chloroforme n'est pas une des opérations chirurgicales qui soient interdites aux officiers de santé, *qui, en général, toutefois, quoiqu'il n'y ait point encore de règle à cet égard, doivent regarder comme un devoir de ne l'administrer qu'après avoir pris l'avis et appelé le concours d'un docteur*;

« Attendu qu'il résulte des débats et des explications fournies par un homme de l'art dont l'opinion doit faire autorité, que si, au point de vue scientifique, le mode de procéder employé par Kobelt peut être critiqué, au point de vue pratique, il n'a point commis de faute;

« Le tribunal renvoie Jean-Chrétien Kobelt des fins de la prévention. »

Le concours pour la chaire d'hygiène se poursuit avec activité, et les épreuves continuent à tenir ce que les noms de la plupart des concurrents promettaient. Voici les titres des leçons après vingt-quatre heures de préparation : M. Bouchardat, *Du lait;* M. Béclard, *Des vêtements;* M. Tardieu, *Des divers modes de chauffage;* M. Marchal (de Calvi), *Du pain;* M. Guérard, *Du vin;* M. Sanson, *De l'eau*. Les épreuves orales, après trois heures de préparation, sont aussi près de se terminer.

Une grave indisposition a forcé le président du jury, M. Orfila, à se retirer du concours. Nous sommes heureux d'annoncer que l'état du savant professeur ne laisse plus aujourd'hui aucune crainte sérieuse.

Un concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux doit s'ouvrir le 23 février prochain. Les candidats qui voudront s'y présenter peuvent s'inscrire jusqu'au 7 février.

Celui pour les quatre places de médecin, vacantes au bureau central des hôpitaux, s'est terminé par la nomination de MM. Oulmont, Frémy, Moutard-Martin et Bergeron.

Le concours pour la chaire de clinique interne, vacante à la Faculté de Montpellier, s'est ouvert le 14 janvier. Le sujet de la question écrite était la question suivante : *De la pathogénie au point de vue de la médecine clinique*. Cinq concurrents se sont seuls présentés; ce sont MM. Chrestien, Dazous, Dupré, Pons et Quissac. M. Pirondi, professeur à l'école de médecine de Marseille, est le seul des juges pris en dehors de la Faculté, qui ait répondu à l'appel honorable qui lui était fait.

On assure qu'il est question d'établir dans chaque chef-lieu d'arrondissement des ateliers d'équarissage sur le modèle des établissements de ce genre, situés dans les environs de Paris. Cette mesure ne profitera pas seulement à la santé publique, gravement compromise par les émanations fétides des cadavres qu'on a la funeste habitude de jeter dans nos campagnes, où ils séjournent jusqu'à ce qu'ils soient devenus la proie des corbeaux. La spéculation y trouvera aussi son compte.

La municipalité de Lille vient de prendre une mesure que nous voudrions voir adopter par celle de toutes les villes de France. Les enfants nouveau-nés ne seront plus transportés au bureau de l'état civil. La déclaration continuera à y être faite, et des médecins spéciaux se rendront à domicile pour la vérifier.

L'Observateur de Courtray annonce que la variole règne avec assez d'intensité dans cette ville.

Le docteur Franquet, chirurgien de la marine, vient de rapporter au Muséum de Paris le singe gigantesque connu sous le nom d'*homme des bois*. Il n'en existe dans aucun cabinet d'histoire naturelle. Ce sujet a 1 mètre 69 centimètres de hauteur.

Une dépêche de Boston annonce que le choléra fait de grands ravages à la Jamaïque. Dans un quartier de l'île, la mortalité s'élève journellement à trente et quarante personnes. La plus grande consternation s'est emparée de l'esprit des habitants.

Le collége des chirurgiens de Londres vient de faire placer dans la salle du Conseil les bustes de Samuel Cooper, de Liston, à côté de ceux de J. Hunter, de Pott, de Cheselden, d'Astley Cooper, d'Everard Thome.

Depuis deux mois la fièvre typhoïde règne dans la commune de Gouray (Ille-et-Vilaine). On a cependant beaucoup exagéré le degré d'intensité avec lequel cette maladie a sévi dans cette commune.

La ville de Lyon va s'enrichir, grâce à la munificence d'un de ses habitants, d'un important établissement. M. Richard a fait, dans son testament, un legs qui s'élève, dit-on, à près d'un million, pour la fondation d'un hospice d'incurables qui sera placé sous la direction de l'autorité ecclésiastique.

M. Vernois, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Félix Boudet, chimiste, et M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, viennent d'être nommés membres du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

La Société de chirurgie vient de s'associer à titre de membres honoraires MM. les professeurs Roux, Jules Cloquet et Lallemand, et à titre de membres correspondants MM. Pravaz et Bonnet, de Lyon, Mascarel, de Chatellerault, Birkett, de Londres.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE LA CHORÉE. — GUÉRISON PAR LA STRYCHNINE.

On sait que la chorée ou danse de Saint-Guy est une névrose caractérisée par des contractions cloniques plus ou moins prononcées et généralisées du système musculaire. Cette affection, assez commune, se produit ordinairement chez les enfants de constitution délicate, nerveuse, bien qu'on l'observe quelquefois chez des sujets vigoureux et sanguins. Elle naît sous l'influence de causes très-variées, physiques ou morales. Peu dangereuse dans la plupart des cas, elle affecte pourtant un caractère rebelle à la plupart des médications instituées pour la combattre.

Les divers remèdes employés contre la chorée ont été empruntés à différentes médications, selon les idées que les observateurs se sont faites de sa nature. Ceux qui l'ont considérée comme une irritation phlogistique des centres nerveux ont préconisé les évacuations sanguines. Ceux qui n'ont vu dans cette affection qu'une névrose, c'est-à-dire une maladie purement nerveuse, sans lésion anatomique appréciable, ont épuisé contre elle toute la série des antispasmodiques : valériane, camphre, musc, oxyde de zinc, assa-fœtida, etc. D'autres, n'ayant égard qu'à l'excitabilité apparente des nerfs, ont administré les sédatifs directs, tels que l'opium, la morphine, la belladone, etc. L'opium surtout, prescrit à doses croissantes, a procuré des résultats favorables, mais trop peu nombreux pour mériter le nom de remède spécifique. L'analogie conduirait à faire à cette maladie l'application des anesthésiques : éther et chloroforme. Les quelques essais de ce genre que nous avons tentés ont eu pour résultat de faire cesser momentanément les contractions choréiques, lesquelles, on le sait, sont suspendues pendant le sommeil naturel, mais qui se reproduisaient sans amendement notable après la cessation de l'anesthésie. Ce serait cependant une expérience à suivre, car les succès que nous avons obtenus de ces moyens dans une affection bien plus grave et plus rebelle, le tétanos, sont faits pour encourager à persister dans cette voie (1).

Certaines médications paraissent avoir été instituées dans des vues purement empiriques; telle est celle par les bains sulfureux, proposée par Baudelocque neveu, et dont j'ai moi-même obtenu des résultats favorables mais inconstants (2). Cependant, comme les remèdes empi-

(1) Guérison d'un tétanos spontané par le chloroformo (*Bull. de Thérapeutique*, 1847).

(2) De la chorée et de son traitement (*Bull. de Thérapeutique*, 1847).

riques peuvent recevoir une interprétation rationnelle, il nous paraît probable que les bains sulfureux agissent à titre de stimulants, de toniques, chez les individus scrofuleux et débiles. C'est aussi de cette manière que nous paraissent agir les antispasmodiques, presque tous empruntés à la classe des excitants. C'est à ce point de vue que se sont placés les praticiens qui ont employé les toniques fixes : quinquina, ferrugineux, régime analeptique.

D'autres moyens ont été imaginés dans le but de rectifier l'action musculaire : tels sont les exercices basés sur des mouvements dirigés selon un rhythme régulier ; soit la danse, soit les simples mouvements de flexion et d'extension des membres, mesurés par la musique ou par la seule volonté ; méthode dont M. Récamier paraît avoir eu le premier l'idée, mais dont on peut voir l'origine ou du moins l'application instinctive dans l'usage où étaient autrefois les malades de se livrer à la danse jusqu'à épuisement des forces.

Une autre série de moyens constitue ce qu'on désigne spécialement sous le nom de méthode perturbatrice; telles sont les immersions froides ou bains de surprise employés par Dupuytren. Cependant le mode d'action du froid est complexe; car, indépendamment de la sensation vive, douloureuse qu'il occasionne, il détermine consécutivement une certaine réaction, qui se traduit par la diaphorèse, laquelle peut avoir un effet favorable. On sait, en outre, que le froid est un tonique général. Mais la méthode de Dupuytren comporte, à part certains dangers, une difficulté d'application, surtout dans les hôpitaux, où les malades s'y refusent ordinairement. Deux ou trois sujets, auxquels nous avons voulu l'appliquer, s'y sont soustraits par la fuite.

A la méthode perturbatrice appartiennent les révulsifs internes et externes, les vésicatoires et surtout les purgatifs, qui, le plus souvent insuffisants, ont pourtant réussi dans des cas assez nombreux.

Un des plus puissants moyens perturbateurs est certainement l'électricité, dont, en effet, on a retiré quelques avantages ; mais, indépendamment de l'appareil que cette méthode nécessite, l'action qu'elle exerce est trop passagère, trop peu soutenue, pour produire des effets prompts et durables. Elle a, du reste, beaucoup d'analogie avec la suivante, dont elle a pu, naturellement, inspirer l'idée ; c'est la méthode dite substitutive, imaginée dans ces derniers temps par M. Trousseau, et qui consiste dans l'emploi de la noix vomique ou de la strychnine. Il est juste de faire observer qu'avant M. Trousseau, M. Récamier avait indiqué l'emploi de la brucine contre la chorée (1).

(1) Le premier travail important, publié sur la valeur de la strichnine

La médication par les strychnées m'avait séduit de prime abord, non-seulement à titre de moyen suffisamment perturbateur, mais encore comme répondant à une indication essentiellement rationnelle de la maladie. En effet, nous avons vu que les choréiques offrent généralement une constitution débile, irritable, c'est-à-dire qu'ils sont affectés d'un certain degré d'atonie nerveuse; car on sait que l'irritabilité et la faiblesse du système nerveux marchent volontiers de compagnie. Mais, en outre, il est d'observation que, dans la chorée, il existe presque toujours un léger degré, une nuance de paralysie, qui se révèle par la mollesse des articulations, surtout de celles des membres inférieurs, qui fléchissent un peu sous le poids du corps et que le malade traîne sensiblement en marchant, comme dans les cas de paraplégie initiale, incomplète. Cette flexibilité des membres n'est pas le résultat du consensus dans l'action musculaire, car on la voit se produire en l'absence des contractions. On observe en outre, chez les malades, une certaine diminution des facultés intellectuelles et une pusillanimité, qui sont l'expression d'une tendance à l'imbécillité, par défaut d'énergie cérébrale. Sous ce double rapport, les strychnées répondent parfaitement à l'indication de relever les forces du système nerveux, en vertu de leurs propriétés spéciales. Une circonstance favorable, c'est que la médication est ici dégagée des inconvénients de son application à la paralysie, consécutive à l'apoplexie, par exemple, où le remède fait courir le danger de raviver une phlogose cérébrale ou médullaire. Bref, j'attendais une occasion d'appliquer la strychnine au traitement de la chorée, lorsque le fait suivant s'est offert à mon observation.

Pierre, âgé de dix-sept ans, journalier, de constitution lymphatique nerveuse, entre à la clinique le 13 mai 1851. Depuis deux mois il est affecté de mouvements choréiques, survenus, dit-on, à la suite de violences exercées contre lui. La maladie s'aggravant de plus en plus, malgré quelques moyens mis en usage, on le conduit à l'hôpital, où nous constatons l'état suivant : mouvements involontaires, saccadés, incessants, de toutes les parties du corps. La station et la progression sont impossibles; le malade traîne ses jambes et fléchit sur ses articulations, ou bien il éprouve des secousses analogues à celles produites par l'électricité. Il en est de même des bras, du tronc et de la tête, qui se déjettent brusquement dans tous les sens, et se contournent d'une manière bizarre ; au point que, s'il n'était contenu par des bar-

dans le traitement de la chorée est celui que M. Rougier a inséré, en 1843, dans le Journal de médecine de Lyon. (Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXV, p. 65.) (*Note du Rédacteur.*)

rières, il serait lancé hors de son lit. Les traits du visage grimacent perpétuellement, la bouche est mobile et distordue, les dents grincent fréquemment. La préhension des aliments est impossible, on est obligé de le nourrir comme un enfant. La déglutition elle-même s'exerce d'une manière spasmodique. La sensibilité tactile paraîtrait plutôt exaltée que diminuée. La sensibilité morale est très-impressionnable, le malade pleure et s'irrite à la moindre occasion. Le pouls est assez calme, peu développé, parfois irrégulier ; la respiration est un peu saccadée, mais libre. La digestion s'opère normalement, les sécrétions ne sont pas sensiblement altérées. Cette chorée générale est d'une intensité telle qu'on en voit très-rarement de semblables. Cet état violent ne cesse que pendant le sommeil.

L'indication flagrante était ici de chercher à calmer ces spasmes intenses au moyen de sédatifs directs, et d'essayer soit l'opium à dose croissante, soit même l'anesthésie par le chloroforme. Dans un pareil état d'agitation, les bains sulfureux ou autres eussent été d'une administration très-difficile et probablement insuffisants. Cependant nous nous décidons à tenter l'emploi de la strychnine, pensant que si elle réussissait dans ce cas extrême, ce serait une preuve incontestable de son efficacité. En conséquence, nous prescrivons :

Pr. Strychnine .... 0,05 grammes.
Extrait de réglisse..... 1,00

Mêl., divis., f. s. a. seize pilules.

A prendre une pilule matin et soir; augmenter d'une pilule par jour, puis de deux, selon l'effet obtenu. Infusion de tilleul, deux potages pour aliments.

L'amélioration ne tarda pas à se manifester : dès le troisième ou quatrième jour, le malade est plus calme, et l'on peut supprimer les rampes qui le maintiennent dans son lit. Cependant l'effet est lentement graduel, et ce n'est guère que du douzième au quinzième jour que le malade peut se tenir debout, marcher en s'appuyant et se nourrir lui-même.

Vers le vingtième jour, les mouvements choréiques sont réduits, pour ainsi dire, à l'état rudimentaire. Le geste conserve quelque chose d'abrupte, et les traits sont parfois agités d'un tic léger. Quelques jours auparavant, le malade étant arrivé à prendre 6 centigrammes de strychnine par jour, un peu de raideur s'était manifestée dans le jeu de la mâchoire inférieure, et de légères crampes s'étaient fait sentir dans les mollets. Nous avions suspendu la strychnine, prêt à la reprendre si la chorée reprenait de l'intensité, et nous avions pensé pou-

voir achever le traitement au moyen des bains sulfureux (sulfure de potasse 100,00 gram.), de deux jours l'un.

Le 10 juin, vingt-sept jours après l'entrée, le malade va très-bien, il marche droit et solidement, ne fait plus de grimaces, se sert de ses bras avec précision et a repris son humeur habituelle. Il mange les trois quarts de portion, prend encore quelques bains sulfureux, et sort guéri le 20 juin, cinq semaines après son entrée.

Il est impossible de méconnaître ici l'action du remède. La maladie dure depuis deux mois, en s'aggravant toujours, malgré l'usage de moyens dont nous ignorons la nature; dès le troisième ou quatrième jour de l'administration de la strychnine, le spasme est sensiblement tombé et disparaît dans l'espace de quinze à vingt jours. Il est rare d'obtenir un effet aussi prompt par toute autre médication. Peut-être même l'amélioration eût-elle marché plus vite si nous eussions augmenté plus rapidement les doses. Mais je me défie des remèdes à l'égard desquels on a constaté, dans ces derniers temps, le singulier phénomène de l'*accumulation*, c'est-à-dire qui sont sujets à donner lieu à une sorte d'explosion d'accidents toxiques, après un certain temps d'administration sans effets apparents; or, la strychnine est au nombre de ces agents insidieux.

Est ce à dire que la strychnine ou ses analogues : noix vomique, sulfate de strychnine, etc., réussiront toujours? Tous les praticiens expérimentés savent combien il faut se défier de ces belles espérances qui si souvent sont déçues par l'observation ultérieure. Mais c'est beaucoup déjà que d'avoir conquis un remède *possible* contre une maladie si souvent rebelle aux agents reconnus les plus efficaces.

L'action curative de la strychnine dans la chorée est un nouvel argument en faveur de cette méthode, plus heureusement qu'exactement désignée sous le nom de *substitutive*, mot qui n'est en réalité que le synonyme des mots *perturbatrice*, *contro-stimulante*, *homœopathique*, etc. Cette méthode, en effet, paraît être une nouvelle réalisation du principe *similia similibus curantur*. Après avoir accueilli avec défiance la doctrine italienne du contro-stimulisme instituée par Rasori, développée par Giaccomini, sous le titre fallacieux d'hyposthénisation; après avoir poursuivi de sarcasmes dédaigneux Hanhemann et son homœopathie, sarcasmes qui s'appliquent plutôt, il est vrai, aux doses infinitésimales qu'au principe lui-même, nous en sommes réduits à reconnaître les faits, sinon les théories, et la médecine actuelle marche à grands pas dans cette voie des médications indirectes. Tant il est vrai de dire, avec Leibnitz, que toute doctrine contient une part de vérité.

Peut-être nous serions-nous moins révoltés contre ces systèmes exotiques si, plus familiers avec la science de l'antiquité, nous eussions pu reconnaître dans ces prétendues innovations paradoxales la traduction de certains principes aussi vieux que la science même; si seulement nous nous fussions rappelé l'aphorisme hippocratique : *vomitus vomitu curatur*, ou bien ce passage du classique Fernel, qui non-seulement présente comme ayant cours de son temps la médication par les semblables, mais qui la justifie et la rationnalise en ces termes : « Bien des gens s'imaginent que la grande loi des *contraires* est renversée par ce fait, que certaines maladies guérissent par les *semblables;* mais, dans ce cas, le remède est opposé à la cause et n'influence qu'indirectement (*ex accidenti*) la maladie... Ainsi, le « vomissement guérit le vomissement en chassant l'humeur viciée; le « purgatif modifie la dyssenterie en expulsant la matière nuisible qui « l'entretient. » (*Thérap. univers.*, liv. I, c. II.) Remarquez en passant que, selon Fernel, la méthode des semblables ne substitue pas une affection à une autre, ce qui nous a fait dire plus haut que le mot *substitutif* était peut-être plus heureux qu'exact. Ainsi, dans l'espèce, il n'est pas impossible que la strychnine guérisse la chorée, non pas en substituant le spasme au spasme, mais bien en s'attaquant à la cause de la maladie, l'atonie nerveuse; c'est-à-dire qu'au lieu de s'adresser à l'*élément* symptôme, le remède prétendu substitutif s'adresserait à l'*élément* cause. Remarquez en outre que l'illustre Fernel vient apporter sa puissante autorité en faveur de notre distinction des médications en *directes* et *indirectes*, laquelle est née de notre doctrine des éléments positifs ou pratiques ; distinction lumineuse en effet, car elle est la seule qui puisse nous faire comprendre comment une même maladie peut guérir par des remèdes différents et souvent opposés; la seule, par conséquent, qui puisse rétablir l'harmonie entre la pathologie et la thérapeutique, et nous permettre, par exemple, de reconnaître l'inflammation, lorsqu'elle est patente, là où réussissent des remèdes autres que les antiphlogistiques *directs*. Cet accord une fois réalisé, les praticiens entreront sans répugnance dans cette voie des médications indirectes, et n'oseront plus nier la science, sous prétexte que l'art est en désaccord avec elle. Car ce désaccord n'est qu'apparent, et c'est notre seule ignorance qui nous fait voir des oppositions entre la pratique et la vraie théorie, tout phénomène ayant nécessairement sa *raison* d'être.

Prof. Forget (de Strasbourg).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

PARALLÈLE ENTRE LA CAUTÉRISATION ET L'ENROULEMENT DES VEINES DANS LE TRAITEMENT DU VARICOCÈLE.

Par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

Parmi les nombreuses méthodes de traitement du varicocèle qui ont été proposées dans ces derniers temps, il en est deux que leur innocuité et leur puissance curative répandent de plus en plus dans la pratique : ce sont la cautérisation et l'enroulement des veines du cordon.

Cette dernière méthode est due à M. Vidal (de Cassis) ; il en fit les premières applications vers l'année 1842. La cautérisation des veines spermatiques est le résultat de mes recherches, et j'ai commencé à réussir avec son aide en 1845.

Dans son Traité de pathologie externe et dans un Mémoire spécial, M. Vidal a fait connaître les faits nombreux sur lesquels il appuie la prééminence de sa méthode, et M. Hervier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a publié dans la Gazette médicale de Paris, en 1848, un Mémoire sur la cure du varicocèle par la cautérisation. Aux quatre observations que contient ce premier travail, il en a ajouté deux autres dans sa thèse soutenue à Paris en 1850.

M. Vidal et moi, nous attribuons également l'innocuité et la certitude des résultats aux moyens que nous préconisons. Où est la vérité entre ces assertions contradictoires ? à quelle méthode les praticiens doivent-ils donner la préférence ? Telle est la question que je me propose d'examiner.

M. Diday a déjà traité ce sujet avec autant d'esprit que de justesse, dans le compte-rendu qu'il a fait du travail de M. Vidal dans la Gazette médicale du 4 octobre dernier. Le parallèle qu'il a établi entre l'enroulement et la cautérisation m'a suggéré l'idée de ce Mémoire, et si je l'ai entrepris après sa lumineuse dissertation, c'est que je puis citer un grand nombre de faits pratiques et donner à la discussion une étendue que ne comportait point une simple analyse.

Mais avant d'aborder ce parallèle, il est utile de rappeler en quelques mots en quoi consistent la cautérisation et l'enroulement des veines spermatiques.

Pour pratiquer la cautérisation, voici le procédé que j'ai adopté : le malade étant couché et éthérisé, l'opérateur saisit le cordon entre les doigts de ses deux mains ; il cherche à sentir le conduit déférent, et dès qu'il l'a distinctement reconnu, il le fait glisser en arrière, conservant le paquet des veines dans la concavité que forment ses doigts ;

il éloigne alors, autant que possible, ses deux mains, dont l'une vient appuyer contre l'anneau inguinal, et l'autre contre le testicule. Dans l'intervalle qui existe entre elles, un aide place une pince spéciale munie de deux baguettes latérales qui continuent l'action des mains, et maintiennent la séparation du cordon déférent qui reste en arrière, et des veines spermatiques qui font saillie en avant (1).

La pince convenablement fixée, l'opérateur fait sur le milieu des parties saisies une incision transversale allant d'une baguette à l'autre, ayant une étendue de 4 à 5 centimètres; il divise la peau et les tissus sous-jacents jusqu'à ce que les veines soient mises à nu, en prenant garde de ne pas les intéresser. Il importe de lier avec le plus grand soin les petits vaisseaux que l'on incise dans cette opération; trois ou quatre ligatures peuvent être nécessaires.



Toute la plaie est ensuite recouverte d'une couche de pâte de chlorure de zinc; celle-ci est laissée en place vingt-quatre heures; le lendemain on l'enlève, on excise avec le bistouri la superficie des parties cautérisées, dont l'épaisseur est à peu près d'un demi-centimètre, et l'on desserre la pince, afin qu'elle ne comprime point trop douloureusement les parties tuméfiées. Une nouvelle couche de pâte de chlorure de zinc est placée sur la partie restante de l'escarre, et laissée en place encore pendant un jour. Après cette cautérisation de quarante-huit heures, l'on enlève les pinces; l'opération est terminée. Huit ou neuf jours plus tard, il se détache une escarre blanche du volume d'un pouce, et dans laquelle on retrouve la totalité des veines; on les reconnaît à du sang noir et coagulé que renferment des canaux flexueux.

L'enroulement est parfaitement connu; je me contenterai d'en donner une idée. Le paquet des veines étant isolé du conduit déférent que l'on rejette en arrière, est placé entre deux fils métalliques qui entrent et sortent par les mêmes ouvertures, et passent, l'un en avant, et

(1) Nous avons publié le dessin de cette pince, t. XXXV, p. 524; du reste on en distingue très-bien la forme dans la gravure ci-dessus.

l'autre en arrière du paquet des vaisseaux ; ces fils sont tordus suivant leur axe, et le cordon des vaisseaux s'enroule autour d'eux, comme un fil autour d'une bobine. Lorsque le testitule est suffisamment remonté, les extrémités des fils sont ramenées en avant et tordues entre elles, de manière à comprimer et à couper plus tard toutes les parties molles comprises dans l'anse qu'elles forment. Ces fils sont enlevés du douzième au quinzième jour ; et si le pont qui les sépare est encore intact, on le divise avec un instrument tranchant.

Ces deux méthodes ont été employées un grand nombre de fois ; mais tandis que je ne pourrais citer que dix faits de cautérisation, M. Vidal porte à 250 le nombre des applications qu'il a faites de sa méthode. Cette première différence mérite d'être expliquée. Le nombre des varicocèles qui font souffrir les malades, qui les empêchent de se livrer à la marche ou à des travaux pénibles, et qui ne peuvent être soulagés par un suspensoir, est assez limité : or, c'est seulement dans ces cas que j'ai consenti à opérer. M. Vidal a eu l'occasion de reproduire bien plus souvent l'emploi de sa méthode ; car il se décide à faire l'opération même dans les cas ordinaires, et il jouit d'une réputation spéciale, qui lui amène beaucoup de varicocèles.

Quoi qu'il en soit, il n'est aucun de ceux qui ont lu les Mémoires déjà publiés sur l'enroulement et la cautérisation, ou qui ont observé les malades opérés par ces méthodes, qui ne soit convaincu qu'elles procurent l'une et l'autre l'oblitération des veines, l'ascension du testicule, et la guérison immédiate du varicocèle. Quand le traitement est terminé, les veines cessent de se gonfler, et le testicule de descendre sous l'influence de la marche et des efforts. Mais si l'on ne voit pas de motif sérieux de préférence en ce qui regarde l'état du malade immédiatement après le traitement, en est-il de même au point de vue des phénomènes qui se produisent pendant son cours, et surtout au point de vue de la persistance de la guérison ? Je ne le pense pas, et je crois qu'il me sera facile de prouver que la cautérisation l'emporte de beaucoup sur l'enroulement par l'innocuité de ses suites, et par la solidité de la guérison qu'elle procure.

Phénomènes qui s'observent pendant le cours du traitement. — Lorsque l'on pratique la cautérisation, les souffrances sont très-vives pendant les deux ou trois premiers jours, et elles ne cessent entièrement qu'à la chute de l'escarre ; le testicule et les bourses éprouvent un gonflement inflammatoire, qui diminue dès le troisième jour, et cesse entièrement lorsque les parties brûlées se détachent. S'il y a un peu de fièvre, celle-ci ne dépasse pas le temps de la cautérisation et les deux premiers jours qui la suivent. Jamais d'hémorrhagie, jamais

d'inflammation œdémateuse persistante, jamais aucun symptôme qui exige l'emploi des sangsues, des saignées, ou d'aucune médication générale. Dès que l'escarre est tombée, le malade est aussi bien que s'il n'eût subi aucune opération ; il peut se lever trois semaines après que celle-ci a été faite, et en un mois tout est terminé ; la durée du traitement peut même être moins longue, car le dernier malade que j'ai soigné fut opéré, dans la maison de santé de M[lle] Delaunay, le 2 octobre, et il est parti pour le département de Vaucluse le 28 du même mois, c'est-à-dire au bout de vingt-six jours, et après avoir fait pendant les trois derniers d'assez longues marches en ville.

Cette innocuité et cette simplicité dans les suites est loin de se retrouver après l'enroulement. Sans parler d'un malade qui fut opéré d'un phimosis quelque temps après son varicocèle, et chez lequel survinrent des abcès gangréneux qu'il est arbitraire d'attribuer à l'incision du prépuce, on voit, en consultant les seize observations que M. Vidal a ajoutées à l'exposition générale de sa méthode, que celle-ci expose à des inflammations persistantes et à des hémorrhagies. M. Diday, dont j'ai vérifié les observations, s'exprime ainsi dans l'analyse qu'il a faite du Mémoire de M. Vidal :

« Il y a eu hémorrhagie artérielle, portée chez l'un d'eux jusqu'à 280 grammes de sang. Chez trois, l'écoulement sanguin a été assez abondant, et a duré assez de temps pour nécessiter le tamponnement de la plaie et un peu de compression. — Or, comme perte de sang, ç'a été sans doute là un phénomène insignifiant, quoique dans des conditions autres qu'à l'hôpital, il puisse devenir grave ; mais si l'on réfléchit que l'engorgement inflammatoire des bords de la plaie est après l'enroulement une complication très-fréquente et fort ennuyeuse; que l'hémorrhagie a toujours paru du quatorzième au quinzième jour ; qu'à cette époque les parties sont encore le siége d'une phlegmasie intense, on concevra aisément que le tamponnement, nécessité par l'hémorrhagie, s'exerçant sur des tissus enflammés, ne les dispose pas précisément à la résolution. L'expérience, du reste, vient l'attester ; car sur les seize opérés dont il est ici parlé, on a dû, chez cinq, appliquer vingt sangsues au périnée, pour combattre cet engorgement qui ne voulait pas s'éteindre. Or, de ces cinq applications, trois ont été faites précisément sur des sujets ayant eu l'hémorrhagie, et chez le dernier, on fut obligé d'y revenir à deux reprises.

« Ainsi, hémorrhagie consécutive se déclarant vers le quinzième jour, engorgement persistant et réclamant, dans plus du quart des cas, une médication antiphlogistique, qu'on peut appeler énergique, voilà, et d'après des faits choisis, les suites, je ne dirai pas ordi-

naires, mais enfin fort peu exceptionnelles de l'opération. — Je lis encore (observation X), l'histoire d'un malade chez qui l'engorgement consécutif à l'opération devint tel que, d'après le texte, « on ne « pouvait plus distinguer le testicule de l'épididyme; c'était une tumeur « de la grosseur du poing. » Il y eut réaction fébrile, coliques vives, et enfin un abcès qu'il fallut ouvrir au côté externe de la tumeur. — Un autre opéré (obs. IV) eut, à part l'abcès, absolument les mêmes accidents. »

La durée du traitement a été en rapport avec ces complications; elle a été en moyenne d'une quarantaine de jours.

Ce parallèle entre les suites de la cautérisation et celles de l'enroulement est tellement à l'avantage de la première de ces méthodes, qu'il entraînerait toutes les convictions, si l'on ne pouvait pas objecter que l'absence de tout accident à la suite de l'emploi des caustiques doit être attribuée au petit nombre de cas dans lesquels on en a fait usage, et que de nouvelles applications peuvent lui être moins favorables. Mais la cautérisation des veines variqueuses, comme l'enroulement, ne doivent pas être jugés seulement par leurs applications aux varices du cordon; pour se former une opinion juste de leur valeur, il faut tenir compte de leurs effets dans le traitement des varices de toutes les parties du corps. Cette considération m'amène naturellement à comparer les deux méthodes au point de vue des principes dont elles sont l'application, et dont la valeur sert à juger celle des conséquences qu'on en déduit.

L'enroulement des veines n'est qu'une modification des ligatures sous-cutanées : modification importante sans doute, puisqu'elle produit l'ascension du testicule et l'aplatissement des veines dans une grande étendue; qu'elle fait des sections multiples de ces dernières et que par la mortification qui en est la suite, elle entraîne une véritable perte de substance. Mais si elle est supérieure aux simples ligatures sous-cutanées sous le rapport de la solidité de la cure, l'énergie et l'étendue de son action ne mettent pas à l'abri des accidents que peuvent produire ces dernières. Or, non-seulement celles-ci peuvent être suivies d'inflammations persistantes, d'abcès des bourses, ainsi que nous l'avons déjà constaté directement à la suite de l'enroulement; mais elles peuvent produire des phlébites mortelles. Je pourrais citer plusieurs faits de ce genre après la ligature sous-cutanée des veines des jambes, que celle-ci ait été faite par le procédé des épingles ou par celui des fils; et il est probable que le moindre volume des veines n'a pas toujours empêché le même accident après l'opération du varicocèle, puisque M. Vidal admet cinq cas de mort à la suite des opérations sous-cuta-

nées faites par les procédés qui ont précédé le sien. Je sais bien qu'à la suite de l'enroulement on n'a observé aucun malheur de ce genre ; mais ce n'est point dépasser les bornes d'une rigoureuse analogie que de les regarder comme possibles.

L'innocuité de la cautérisation appliquée aux varices des membres inférieurs ou à celles du rectum conduit à des conclusions toutes différentes. Depuis que M. Gensoul et moi avons renouvelé cette antique méthode, ses avantages ont été de plus en plus appréciés ; elle n'a produit toutefois les résultats qui lui sont propres que depuis l'époque où l'on a fait suivre la cautérisation momentanée avec le caustique de Vienne, de la cautérisation pendant vingt-quatre heures avec la pâte de chlorure de zinc. A l'aide de cette combinaison que j'ai commencé à employer il y a plus de dix ans, et que j'ai fait connaître en 1843 dans mon Mémoire sur la cautérisation en général, elle a reçu les applications les plus nombreuses dans les services de MM. Barrier, Desgranges et Valette, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Leurs observations réunies aux miennes sont sûrement de plusieurs centaines. Toujours l'innocuité la plus complète, l'absence de toute phlébite, de toute inflammation suppurative ont été observées. De telle sorte qu'en transportant au varicocèle une méthode dont les suites sont si innocentes, aux jambes, on peut agir avec la plus parfaite sécurité (les observations faites sur une de ces parties ajoutent à la valeur de celles qui sont recueillies sur les autres). L'innocuité de la cautérisation du varicocèle est prouvée dès lors aussi bien par l'induction et par l'analogie qu'elle l'a été par les faits directs.

Persistance de la guérison. — Les guérisons du varicocèle obtenues par la méthode de l'enroulement sont-elles durables ? Il y a lieu de le croire, puisque M. Vidal l'assure d'une manière générale ; mais nous devons dire qu'il est loin d'en donner les preuves qu'une sévère critique peut exiger. La plupart de ces observations ont été recueillies dans des hôpitaux, et l'on s'est borné à constater l'état des malades au moment de leur sortie, sans rechercher ce qu'ils étaient devenus plus tard. Sur les seize malades dont son ouvrage contient l'observation, quatre seulement ont été revus après un temps plus ou moins long ; ce temps n'est pas fixé pour deux d'entre eux ; et en parlant d'un troisième (observation XIII) qui a été revu deux ans après l'opération, et qui était sujet à des attaques d'épilepsie, le rédacteur ne dit rien du varicocèle, et se contente de faire remarquer que les crises nerveuses n'avaient pas reparu.

L'incertitude dans laquelle laisse ce manque de détails précis n'est point levée par les inductions qu'on peut déduire des effets bien con-

nus de certaines ligatures sous-cutanées. J'ai constaté bien des fois, lorsque je traitais les varices des jambes par la méthode de M. Darvat, véritable ligature sous la peau au moyen des épingles et des fils, que l'interruption de la circulation dans une veine, constatée par la dureté et le moindre volume de celle-ci, n'était pas persistante ; le cours du sang se rétablissait au bout de un, deux ou trois mois, et les symptômes des varices se reproduisaient alors. Il est vrai qu'il y avait, dans ces cas, simple coagulation du sang sous l'influence d'un travail inflammatoire ; tandis qu'à la suite de l'enroulement, il y a aplatissement et section multiple des veines, condition bien plus favorable à la persistance de la cure. Il n'en reste pas moins vrai que cette durée, quoique assez probable, n'est pas établie sur des preuves suffisantes, soit qu'il s'agisse des faits directs ou des faits analogues dont on peut tirer des conséquences.

Il n'en est pas de même de la cautérisation. La plupart des malades que nous avons opérés, M. Bouchacourt et moi, ont été revus longtemps après l'opération.

Quatre d'entre eux ont été soignés à l'hôpital, et il nous a été possible d'avoir des renseignements sur trois. Celui qui fait le sujet de la première observation rapportée dans la thèse de M. Hervier, et qui fut opéré, en 1845, de l'un et de l'autre côté, a été revu dix-huit mois plus tard ; un autre, au bout de dix mois. Chez l'un et l'autre, la persistance de la guérison a été constatée. Les renseignements que j'ai reçus, pendant un an, sur un jeune vétérinaire opéré à la clinique au commencement de 1850, ont été également très-favorables.

Quant aux six malades que nous avons opérés en ville, la guérison ne s'est démentie dans aucun cas, et nous avons eu surtout l'occasion d'en constater la persistance sur deux jeunes hommes faisant partie de nos relations de société, et qui ont été cautérisés, l'un au milieu de 1849, l'autre au printemps de 1850. Non-seulement le gonflement des veines ne se renouvelle plus, mais le malaise profond que déterminaient les marches les plus courtes, malgré l'emploi d'un suspensoir, et qui produisaient chez ces malades une sorte d'hypocondrie, ont complétement disparu. L'un et l'autre s'applaudissent du résultat de l'opération, et l'un d'eux, qui a conçu quelques inquiétudes pour le côté droit, qui était le côté sain, m'a souvent dit qu'il serait empressé à recommencer si ses inquiétudes se confirmaient. Cette double opération a, du reste, été faite chez le premier malade que j'ai opéré en 1845, dans le service de la clinique chirurgicale. Ce fut lui-même qui réclama la cautérisation à droite, après en avoir constaté les effets sur un varicocèle gauche.

Cette persistance de la guérison est une conséquence nécessaire de la perte de substance qu'éprouvent les veines variqueuses dans l'étendue de 3 centimètres à peu près. Nous avons vu qu'on les retrouve tout entières avec leur caillot sanguin dans l'escarre blanche que produit le chlorure de zinc. Après cette destruction, toute récidive est évidemment impossible ; ou si elle peut avoir lieu, ce n'est que dans les veines qu'on a épargnées. Celles-ci entourent le conduit déférent ; elles suffisent à la circulation veineuse, et elles deviendraient plus volumineuses, que les malades ne verraient point se reproduire les douleurs qui accompagnaient le varicocèle, puisque les nerfs, siége, dans ces cas, d'une sorte de névralgie, ont été détruits dans une grande étendue.

A toutes les preuves directes que nous venons d'exposer, l'on peut en ajouter d'indirectes, qui sont déduites de la persistance des guérisons par les caustiques dans les varices du membre inférieur. La dilatation par la marche ne se reproduit jamais dans celles qui ont été convenablement cautérisées, et dont on a vu un tronçon dans l'escarre. J'ai surtout constaté sous ce rapport la persistance de la cure chez un jeune homme de Cuisery, que j'ai opéré en ville, et dont j'ai eu fréquemment des nouvelles depuis trois ans, ainsi que chez un malade dont M. Philippeaux a rapporté l'observation dans le journal de Montpellier. Ce dernier, après avoir été guéri de varices à la jambe droite, fit le voyage à pied de Lyon à Bordeaux, et plus tard de Bordeaux à Lyon ; il revint pour se faire opérer la jambe gauche, qui était devenue variqueuse, et l'on put constater au bout d'un an, et après ces longs voyages, la persistance de la guérison obtenue à droite.

Parallèle entre les divers procédés de cautérisation pour le varicocèle. — Au mois de juin 1851, la Revue médico-chirurgicale publiait l'analyse d'une thèse soutenue à Strasbourg par M. Prunaire, sur le traitement du varicocèle par la cautérisation. L'auteur y fait connaître l'observation de six malades opérés par M. le professeur Rigaud, du mois de mai 1848 au mois de septembre 1850, c'est-à-dire trois ans après mes premières opérations. Le procédé qu'a suivi M. Rigaud est semblable au mien sous plusieurs rapports ; il en diffère sous d'autres. Comme moi, il rejette en arrière le conduit déférent, il isole le paquet des veines spermatiques, et il fait la cautérisation ; mais au lieu de se servir de la pince que j'ai décrite, il dissèque entièrement le paquet des veines ; il place derrière lui un corps intermédiaire, de la charpie par exemple, et il fait la cautérisation avec le caustique de Vienne laissé en place pendant cinq à dix minutes.

Ces modifications dans le manuel opératoire et dans le choix du caustique méritent-elles d'être imitées? Je ne le pense pas.

Si l'on opère suivant le procédé de M. Rigaud, une partie de la plaie, celle qui est en arrière du corps protecteur, n'est point cautérisée, et peut dès lors être le point de départ des accidents que produisent les simples incisions au voisinage des veines, et dans un tissu cellulaire lâche. Le caustique de Vienne tend à faire saigner les veines sur lesquelles on l'applique directement; car au lieu de coaguler le sang, comme le chlorure de zinc, il le dissout à la manière des alcalis; on sait aussi que les escarres qui succèdent à son application se détachent avec lenteur, et ne laissent pas les plaies vives et rapides dans leur cicatrisation qu'on voit toujours à la suite des cautérisations par la pâte de Canquoin. Quoi qu'il en soit, les succès que M. Rigaud a obtenus sur les six malades qu'il a opérés, et la persistance de la cure qui a été observée chez l'un d'eux, étudiant en médecine, dont l'état a été constaté un an après son traitement, viennent corroborer les résultats qu'a déjà cités M. Hervier, et ceux qui sont indiqués dans ce Mémoire. Leur ensemble forme un corps de preuves propres à entraîner toutes les convictions, et l'on peut assurer que l'art peut trouver dans la cautérisation convenablement appliquée une méthode, très-supérieure à celle de l'enroulement, pour obtenir la cure du varicocèle, sans danger et d'une manière durable. BONNET.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LA RÉCOLTE DES TÊTES DE PAVOTS.

Les têtes de pavots ont une grande importance en médecine; la quantité énorme que l'on en consomme le témoigne. Comment se fait-il donc qu'on ne soit point encore fixé sur l'époque où il convient de les récolter pour qu'elles jouissent de toutes leurs propriétés thérapeutiques? Selon les pharmacologistes modernes, on aurait récolté jusqu'à présent les capsules trop tard, et le moment le plus favorable serait celui où le pavot prend une couleur intermédiaire entre le vert et le jaune fauve. Vert, en effet, les sucs ne sont pas suffisamment élaborés; jaune fauve, ils ont subi des transformations au détriment de leurs principes actifs. La raison qu'ils en donnent repose sur ceci, que c'est à ce moment intermédiaire que le pavot fournit le plus abondamment de l'opium, et que des empoisonnements ont eu lieu avec des capsules vertes, à des doses où les capsules sèches n'auraient rien produit.

Mais voici venir un chimiste allemand, M. Buchner aîné, qui, à

l'exemple des anciens pharmacologistes, recommande les têtes *mûres* de pavots. Si pour M. Buchner la maturité des pavots est indiquée par la couleur jaunâtre ou blanchâtre qu'ont généralement les pavots du commerce, nous pensons qu'il se trompe. Ce serait presque chercher des principes actifs, ou du moins ceux qu'elles contenaient à l'état de vie, dans des feuilles mortes. Entend-il, au contraire, par maturité le point intermédiaire que nous avons indiqué plus haut, et que saisissent les récolteurs d'opium pour en obtenir le suc laiteux; nous sommes parfaitement d'accord. Mais dans l'article que nous avons sous les yeux, ce point n'est pas débattu, car nous ne considérons pas comme satisfaisantes les remarques faites sur des pavots récoltés huit ou dix jours après la chute des pétales.

Les travaux de M. Aubergier (de Clermont-Ferrand), qui ont jeté un grand jour sur la question de l'opium, et conséquemment sur celle qui nous occupe, confirment cette manière de voir. Ils établissent, en effet, que l'opium obtenu d'une même variété de pavot somnifère contient des proportions de morphine d'autant plus faibles que la capsule approche davantage d'une complète maturité au moment de la récolte.

Mais toute la question ne gît pas seulement dans le moment précis de la récolte. Il y a des pavots à capsules oblongues, rondes, déprimées; et les graines qui les produisent sont blanches, jaunes, noires, bleues. Ces variétés de pavots amènent d'énormes différences dans leur valeur médicinale.

L'importance de la graine est tellement grande dans la question du pavot, que M. Aubergier qui, par induction, avait établi les causes qui différenciaient les opiums d'Egypte des opiums de Turquie, et les opiums des mêmes pays entre eux, a eu la confirmation de ses prévisions, par l'inspection des semences de pavots des étalages de Turquie et d'Egypte, à l'Exposition universelle de Londres.

Ainsi donc, non-seulement la différence des pavots amène une différence dans le rendement en opium, mais aussi dans la composition de ce produit. Les écarts, à ce dernier point de vue, ainsi qu'il résulte de vingt-six analyses faites par M. Aubergier, se trouvent compris entre 2 et 13 pour 100 de morphine.

Mais l'extrait du pavot a une action un peu distincte de celle de l'opium. Cela tient-il tout simplement à ce que les principes actifs de ce dernier se trouvent dans une association différente? cela provient-il, au contraire, de principes autres? Nous devons dire, à ce nouveau point de vue, que M. Grandval, à l'aide de son appareil, qui donne des produits si parfaits, a obtenu un extrait de pavots doué de propriétés calman-

tes manifestes, et dans lequel cependant il n'a pu constater la présence de la morphine.

De tous ces faits nous conclurons :

1° Que les médecins, avantageusement placés pour cette étude, feraient un travail utile, en recherchant quelle est la variété de pavots susceptible de remplir le plus complétement les emplois thérapeutiques qu'on leur prête ;

2° Que, dès maintenant, les pharmaciens devront recommander à ceux qui les approvisionnent de récolter les têtes de pavots au point de maturité que nous avons indiqué ;

3° Qu'il serait à désirer enfin, pour ces fruits comme pour toutes les substances indigènes entières, que des pharmaciens instruits et consciencieux se livrassent à leur culture, de manière à les fournir à la thérapeutique doués de toutes les propriétés qui les font employer.

Lorsque M. Aubergier aura publié son grand travail sur l'opium indigène, nous en donnerons une analyse, et nous reviendrons sur la question des pavots, afin d'avancer un peu plus sa solution, que nous posons seulement aujourd'hui. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRES SUR LA MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE.

A M. le rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*.

J'avais cru pouvoir me dispenser de répondre à la réclamation que M. le docteur Dupareque a fait insérer dans l'avant-dernier numéro de votre journal, au sujet de la *méthode stibio-dermique*. J'avais jugé, en effet, que pour fixer l'opinion du public médical, il suffisait des remarques dont j'avais fait suivre la lettre de notre confrère dans la *Gazette médicale*. Mais M. Dupareque ne s'en est pas tenu à sa première revendication. Il a inséré, dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, un article où il dépasse de beaucoup les limites dans lesquelles il avait semblé se tenir d'abord. Suivant un dicton vulgaire, l'appétit lui est venu en mangeant; et il a trouvé mes idées si fort de son goût, qu'il veut se les attribuer tout entières.

J'avais cherché à démontrer, dans ma première réponse, que M. Dupareque n'avait eu d'autre but, avant la publication de mon travail, que de faire pénétrer l'émétique dans l'économie par voie d'absorption cutanée. Je lui ai fait remarquer que le point capital, le point neuf de mes recherches était : 1° la découverte de l'état réfractaire de

la peau à l'action pustulante du tartre stibié ; 2° l'emploi du médicament en frictions contre cet état, et 3° finalement la guérison de l'organe malade par l'application réitérée du médicament sur le point correspondant de la surface cutanée. Jusqu'ici, notre confrère ne paraissait pas avoir la moindre prétention à cette partie de mon travail. Il est même douteux qu'il en eût remarqué l'importance et la nouveauté. Dans son second article, les choses ont un peu changé. Il ne cite plus de textes; il ne rapporte plus aucun passage tronqué, ou ambigu ; mais il feint de parler des faits sus-relatés comme lui étant propres, pour en tirer toutes sortes de conséquences. « C'est en réfléchissant, dit-il, sur ces faits de disposition de la peau à se refuser à l'action locale des irritants, tout en conservant ses facultés absorbantes, que l'idée nous est venue de nous servir de cette voie pour administrer le tartre stibié, donner ainsi une nouvelle extension à l'usage de la méthode Rasorienne, etc. » M. Duparcque n'a oublié qu'une chose, c'est de prouver par ses écrits, 1° qu'il avait constaté les faits qu'il signale comme point de départ de ses applications stibio-dermiques ; 2° qu'il avait fait, avant d'avoir lu mon mémoire, les réflexions dont il a enrichi votre journal. En attendant que notre confrère satisfasse à ces deux conditions, voici un court passage qui montre clairement comment il jugeait les choses dans les écrits qui ont servi de prétexte à ses réclamations.

« Je fais pratiquer, dit-il, toutes les deux heures, des frictions « avec la pommade d'Autenrieth modifiée (1 gramme d'émétique pour « 30 grammes d'axonge) successivement sur *toute* la *surface* du *corps* « et *particulièrement* à la *partie interne* des *membres*, et sur les « côtés du tronc. Les frictions sont faites largement, légèrement pen« dant dix ou douze minutes. Puis, au bout d'une demi-heure au plus, « on essuie et on nettoie les parties frictionnées avec de l'eau chargée « de savon. Par ces moyens, on présente le médicament au plus grand « nombre possible de bouches absorbantes, et l'on *prévient l'action* « *éruptive* qui pourrait s'opposer à l'absorption. »

Quoi de plus explicite? M. Duparcque, voulant éviter l'action pustulante, répète des frictions coup sur coup pour les cesser après un court espace de temps ; et, n'ayant d'autre but que de faire pénétrer l'émétique par voie d'absorption cutanée, il frictionne la surface du corps, mais surtout à la partie interne des membres. Cela ne prouve-t-il pas, clair comme le jour, que M. Duparcque ne connaissait nullement le fait de la non-pustulation stibiée, ni la médication par application directe de la pommade stibiée sur le point réfractaire de la peau? Mais cela ne prouve-t-il pas surtout que M. Duparcque n'est point parti, pour

faire ses tentatives, d'observations qu'il ne connaissait pas, et sur lesquelles il n'a pu réfléchir que tardivement ?

La réclamation et les convictions de M. Duparque prouvent néanmoins qu'il a compris l'importance des faits et des idées que j'ai signalés ; ce sera peut-être pour tous nos confrères un motif de les examiner attentivement, et de chercher à savoir ce qu'elles valent. C'est dans ce but, monsieur et très-honoré confrère, que je vous prie de vouloir bien insérer dans votre journal, en même temps que la présente, la lettre qui suit, adressée à l'Académie de médecine de Belgique.

A M. le président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

L'Académie a reçu de M. le docteur Duparcque une réclamation au sujet du Mémoire que j'ai eu l'honneur de lui communiquer sur la méthode *stibio-dermique*. Ce médecin prétend que la méthode que j'ai ainsi désignée n'a de nouveau que le nom, et qu'il l'a employée depuis vingt-quatre ans.

Déjà j'ai répondu suffisamment à ces deux assertions de notre confrère dans les différents journaux où il les a produites. Mais comme l'Académie a entendu la lettre de M. Duparcque, et qu'elle l'a insérée dans son Bulletin, elle voudra bien me permettre sans doute de lui adresser quelques explications qui n'auront pas seulement pour but de discuter devant elle les assertions de mon confrère de Paris, mais aussi, et surtout, de compléter l'exposition de la méthode stibio-dermique qui n'offre, je l'affirme plus que jamais, aucune analogie véritable avec la pratique que M. Duparcque a voulu lui comparer.

Résumons d'abord la lettre de ce médecin.

M. Duparcque emploie l'émétique en frictions dans le but de provoquer l'absorption du médicament. Dans la pneumonie ou la métro-péritonite, par exemple, il pratique indistinctement les frictions sur *tous* les points de la surface du corps, à la partie *interne des cuisses* comme sur les parois du thorax.

Il emploie le médicament à la dose de 1 gramme pour 30 grammes d'axonge.

Il répète les frictions coup sur coup pendant une courte période de temps, vingt-quatre heures par exemple, afin d'éviter la pustulation de la peau.

Il me suffirait de renvoyer à la lecture de mon Mémoire pour prouver que je n'ai rien dit de semblable ; que je n'ai pas été dirigé par les mêmes vues que M. Duparcque ; que j'ai eu recours à une pratique toute différente de la sienne, et que j'ai produit des effets et des ré-

sultats presque entièrement opposés. Quelques mots suffiront pour le prouver.

Quel a été le but de M. Dupareque ? De produire l'absorption cutanée de l'émétique, de l'introduire simplement dans les voies circulatoires par la peau.

Mon but, à moi, a été tout autre. Ayant remarqué qu'il existe dans certaines maladies un état particulier de la peau au niveau de l'organe malade, état en vertu duquel le tartre stibié est dépossédé de son action pustulante, j'ai voulu provoquer en ce point une action dynamique particulière, laquelle est produite par l'intermédiaire de l'absorption cutanée. Cette absorption n'est pas mon but ; mais une des conditions qui me le font atteindre.

Les moyens employés par M. Dupareque ne diffèrent pas moins des miens. Il frictionne indistinctement tous les points de la surface cutanée, la face interne des cuisses comme les parois thoraciques, parce qu'il ne veut qu'une chose : introduire le médicament dans l'économie par la voie cutanée ; je l'applique exclusivement sur le point malade et sur la partie de la peau réfractaire à l'action pustulante de l'émétique. Il l'emploie à la dose de 1 gramme sur 30 grammes d'axonge, et moi à la dose de 10 sur 20, au tiers, à la moitié. Sa médication répétée coup sur coup ne dure que vingt-quatre heures pour éviter le développement des pustules ; je la prolonge plusieurs jours, plusieurs semaines, parce qu'elle ne produit pas, parce qu'elle trouve la peau dans des conditions à ne pouvoir produire la pustulation.

Ainsi donc l'unique pensée qu'a eue M. Dupareque a été de faire pénétrer l'émétique dans l'économie par la voie cutanée, et les moyens qu'il a employés n'ont et ne peuvent avoir d'autre résultat. Mais que l'Académie me permette de le faire remarquer, cette idée n'a rien d'original, et la manière de la mettre à exécution est on ne peut plus grossière. La possibilité de l'absorption de l'émétique par la peau est un fait trop élémentaire pour que M. Dupareque ait eu besoin de le découvrir ; et un simple bain émétisé eût produit mieux, plus vite et plus sûrement le résultat qu'il a cherché à obtenir par des frictions indistinctement distribuées sur toutes les parties de la surface du corps. Il suffit de ramener ainsi la pensée de ce médecin à sa plus simple expression pour montrer ce qu'elle vaut, d'où elle vient et où elle va.

Si maintenant l'Académie me permet de lui rappeler en peu de mots mon point de départ, la suite de mes idées et les conséquences physiologiques et pratiques que j'en ai déduites, elle verra qu'autant le point de vue de M. Dupareque est étroit et vulgaire, autant la méthode stibio-dermique repose sur des données nouvelles, ouvre une voie large à

l'observation et constitue une conception véritablement originale.

Elle part de ce fait, qu'il existe dans certaines maladies qui ont passé jusqu'ici pour des inflammations, un état particulier de la peau en vertu duquel des frictions stibiées répétées pendant des semaines ne produisent que peu ou point de pustules. Quel est cet état? Quel rapport offre-t-il à considérer avec l'action de l'émétique appliqué sur le point correspondant? Car il ne s'agit pas ici d'absorption par tous les points de la voie cutanée, *de la partie interne des cuisses;* mais de l'absorption en un point déterminé et sur un point spécialement malade, d'une action dynamique produite spécialement sur ce point. Ainsi que je l'ai déjà dit, l'absorption est, dans la méthode stibio-dermique, le moyen, et non le but comme dans la pratique de M. Duparcque.

Le seul point de contact qu'il y ait entre les idées de M. Duparcque et les miennes est donc celui-ci : comme moi, ce médecin comparant l'action de l'émétique à hautes doses à celle des frictions sur la peau, conclut, mais sans aucune preuve à l'appui, que de part et d'autre le médicament agit par absorption. Ce n'est là que la partie la plus extérieure de l'analogie : l'analogie véritable, celle que M. Duparcque n'a pas soupçonnée et celle que j'ai signalée, c'est que dans les maladies où il y a tolérance de l'estomac, cet organe se trouve dans une condition physiologico-pathologique analogue à celle que j'ai le premier signalée pour la peau; il supporte l'émétique à sa surface sans réagir, comme la peau le supporte sans pustules; et dans les deux cas, la médication franchit sans obstacle la barrière muqueuse et cutanée pour produire une action locale et générale en vertu de laquelle l'organe et l'organisme sont impressionnés et ramenés au rhythme normal.

L'Académie voudra bien se rappeler que, malgré les pressantes sollicitations de plusieurs de ses membres, j'ai renoncé à faire connaître, pour le moment, les vues théoriques qui me dirigent dans l'emploi de la méthode stibio-dermique, et les idées qui me sont propres sur la nature particulière de l'état de la peau et de la muqueuse gastrique dans les maladies où il y a tolérance. Lorsque j'aurai pu développer ces idées, elle verra quel est le véritable mode d'action de l'émétique absorbé; et c'est alors surtout qu'elle reconnaîtra l'opposition complète qui existe entre la pratique empirique de M. Duparcque et l'action toute physiologique de la méthode stibio-dermique. JULES GUÉRIN.

RÉPONSE A LA LETTRE QUI PRÉCÈDE.

Le *Bulletin de Thérapeutique*, consacré exclusivement à la science, ne peut devenir l'arène d'une polémique ; nous le comprenons trop

bien, pour vous adresser un nouveau travail, afin de combattre les objections développées par M. J. Guérin. J'ose espérer cependant que vous ne me refuserez pas, mon très-honoré confrère, l'insertion des quelques lignes qui suivent.

Il me paraît trop facile de relever les objections, les unes portant à faux, d'autres évasives, plusieurs au moins très-singulières, que M. Guérin oppose à ma juste revendication de priorité, sur la question de la méthode d'administration de l'émétique par absorption cutanée. Il ne peut faire que je n'aie très-explicitement formulé les principes de cette méthode, ses éléments rasoriens, les dispositions de la peau à les recevoir, dans certaines conditions pathologiques, ses effets physiologiques (absorption, imbibition), et son action curative, comme contro-stimulant, antiphlogistique, résolutif. M. Guérin a trouvé une application particulière, passe. Mais on multiplierait à l'infini l'application des principes que j'ai le premier établis, on leur trouverait de nouvelles et d'autres variantes, on en ferait le sujet d'amplifications *ex professo* plus ou moins étendues, qu'on n'en serait pas plus en droit de s'en prétendre le Christophe Colomb.

La persistance que M. Guérin met, contre toute raison, dans ses prétentions, donnerait à penser qu'il tient à mettre en pratique ce dicton vulgaire... « Ce qui est bon à prendre est bon... à garder. »

DUPARCQUE.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies cancéreuses, et des affections curables confondues avec le cancer, par H. LEBERT, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, lauréat de l'Institut de France et de l'Académie nationale de médecine, membre de la Société de chirurgie, de la Société de biologie, etc.

Nous avons déjà eu occasion de louer M. Lebert, comme l'un des hommes les plus sérieusement instruits et les plus laborieux de notre époque : le travail considérable qu'il vient de publier sur le cancer, et qui a suivi de si près son ouvrage sur les affections scrofuleuses et tuberculeuses, vient confirmer ce jugement.

Dans cette importante monographie, l'auteur commence par tracer 'histoire générale du cancer : cette histoire, dégagée de toutes les notions historiques, dont ordinairement on la surcharge, est tracée uniquement au point de vue de la science moderne. Que si, dans cette circonstance, nous donnons notre assentiment complet à la méthode

de l'auteur, ce n'est pas que nous abandonnions la tradition historique en matière de médecine, mais c'est que nous croyons que cette tradition, bonne à suivre ou à consulter sur certaines questions, est complétement à rejeter sur d'autres. Sur la question dont il s'agit en ce moment, le passé a fort peu de chose à nous apprendre; on peut, sans grand dommage, la négliger. L'anatomie pathologique, en répandant ses lumières sur le traumatisme local dans les affections cancéreuses, a permis d'en saisir d'une manière précise un certain nombre de caractères, qui les distinguent essentiellement d'autres lésions : toutefois, ces caractères ne suffisent pas toujours à cette distinction, et l'on a interrogé la chimie et le microscope pour achever l'analyse commencée par l'étude nécroscopique. Jusqu'ici la chimie n'a fourni sur cette question que des données fort incertaines; en est-il de même des données fournies par le microscope? Les esprits sont encore partagés en France sur la valeur de cette méthode appliquée à l'étude des productions accidentelles : quelques chirurgiens, dont la parole fait autorité parmi nous, révoquent en doute la valeur de ces données. M. Lebert, au contraire, est grand partisan de cette méthode appliquée au diagnostic de certaines maladies, en particulier à celui du cancer. Tout le monde sait que ce médecin, plus qu'aucun autre peut-être, s'est livré aux recherches microscopiques, et tous les jours les hommes les plus haut placés dans la science font appel à son expérience particulière pour s'éclairer sur la nature des tumeurs dont le diagnostic *antè* ou *post mortem*, est resté pour eux incertain. Nous faisons cette dernière remarque, parce que le fait qu'elle exprime assure à la parole de M. Lebert, sur ce point, une autorité incontestable.

Aussi bien, une large part est faite par cet auteur aux recherches microscopiques, dans l'histoire générale du cancer, que nous avons dit être placée à la tête du travail important dont il s'agit. Ce serait sortir des limites dans lesquelles nous devons nous renfermer, que de suivre M. Lebert dans la discussion étendue à laquelle il se livre, pour mettre en relief les résultats de sa propre observation : nous nous contenterons de formuler sa pensée à cet égard, dans son sens le plus pratique, c'est à savoir, que dans un certain nombre de cas où les caractères physiques d'une tumeur sont insuffisants pour en marquer la nature, le microscope, appliqué par un homme habitué à s'en servir, permet un diagnostic positif. M. Lebert ne méconnaît pas que ces caractères demandent, pour être saisis, un œil extrêmement exercé; il reconnaît même que, dans quelques cas, ces caractères peuvent être altérés de manière à laisser du doute dans l'esprit de l'observateur; mais ce sont là des cas exceptionnels; presque toujours le microscope fait voir dans leur inté-

grité les éléments cancéreux, et donne, par conséquent, au diagnostic un haut degré de certitude.

Malheureusement, même en admettant la certitude absolue de cette donnée, telle qu'elle semble résulter des recherches du laborieux observateur, il se passera bien du temps encore avant que ce moyen d'exploration passe dans le domaine de la pratique vulgaire : mais il en est ainsi de beaucoup de découvertes, le temps les étend, les développe, les perfectionne et les met à la portée de tous : *Scientia filia temporis*. Espérons qu'il en sera ainsi de la microscopie appliquée à la pathologie, et qu'en continuant ses recherches, M. Lebert assurera aux données qu'il pose dans son livre ce caractère d'évidence qui dompte les intelligences les plus rebelles.

Dans la lumineuse discussion que l'auteur établit sur l'étiologie du cancer un des points sur lesquels il insiste le plus, avec raison, c'est celui de l'essentialité (en prenant ce mot dans le sens moderne) de l'affection cancéreuse. Le cancer n'est pas une simple modification, une simple transformation de tissu, c'est un tissu hétéromorphe, qui naît de toutes pièces dans l'organisation, et qui se substitue progressivement aux éléments historiques au milieu desquels il se développe. L'inflammation, pas plus qu'aucune autre lésion connue, n'a affaire avec l'affection cancéreuse : c'est une maladie spécifique par excellence. Après avoir ainsi dit et prouvé, suivant nous, ce que n'est pas le cancer, M. Lebert touche à une question beaucoup plus obscure, c'est celle de savoir ce qu'il est. Bien que l'auteur n'ait pas plus résolu que ses devanciers ou ses contemporains cette question capitale, nous n'en louerons pas moins sans restriction cette partie de son travail. Voici en quelques lignes sa pensée à cet égard : « Avant tout, nous devons dire que si toute l'anatomie, toute la pathologie des affections cancéreuses, nous forcent d'admettre comme dernière cause une prédisposition spéciale, la nature de celle-ci nous est en tout point inconnue. Voir un mal revenir après les opérations les mieux faites, suivre sa marche progressive et infectante, conduire toujours à une terminaison funeste, se jouer surtout de toutes les ressources que l'on possède contre les affections locales, tout cela indique évidemment une disposition particulière de l'économie tout entière ; et comme l'action et les effets de cette disposition diffèrent de toutes les autres maladies connues, la spécificité de cette disposition est logiquement établie, mais, hâtons-nous de le dire, sans être matériellement démontrée. »

Nous avons tenu à citer ce court passage du livre nouveau de M. Lebert, d'abord parce qu'il précise bien les choses, et ensuite parce que cette façon de raisonner en médecine vaut mieux que la méthode

dans laquelle les chiffres se substituent à l'intelligence. Cette disposition de l'organisme vivant, sous l'influence de laquelle on voit germer dans le tissu le blastème cancéreux, n'est pas matériellement démontrée, dit-on ; mais est-ce qu'une force, une tendance, un mode de la vie peuvent être matériellement démontrée? Non certainement, si vous n'admettez pas que tout ce que vous venez de dire sur le développement, la propagation du cancer, sa résistance à l'opération, etc., etc., soit pour vous une démonstration matérielle, remarquez bien ce mot, démonstration matérielle; rien ne montre mieux combien est pitoyable une logique qui prétend trouver la vérité hors de la voie de l'intelligence. Mais, nous le répétons, les faits ic parlent un langage tellement précis, ils montrent si bien qu'au delà de ce que peuvent atteindre le scalpel, la coupelle chimique, le microscope, il y a une réalité invisible qui commande les faits, que M. Lebert lui-même est contraint de la confesser. Nous le lui pardonnons, quant à nous, car l'intelligence va plus loin que l'œil, qui ne nous informe même que par elle... Arrêtons-nous ici, car nous aurions trop de choses à dire là-dessus.

Après avoir ainsi traité l'étiologie du cancer, M. Lebert passe au traitement de cette redoutable affection. Disons de suite le dernier mot de la pensée de l'auteur sur ce point si essentiel des affections cancéreuses. Le cancer, suivant lui, est complétement incurable. Ni la chirurgie, par ses procédés destructeurs, ni la médecine, par ses modificateurs locaux ou généraux, ne sont capables, dans l'état actuel de la science, de neutraliser l'influence, la modalité vitale, funeste, sous l'empire de laquelle on voit germer le tissu cancéreux dans l'organisme vivant. Hélas! nous sommes contraint d'avouer, avec l'auteur, que telle est aussi notre profonde conviction. Toutefois, hâtons-nous d'ajouter que cette affirmation désolante ne porte que sur le véritable cancer, et non sur le pseudo-cancer, l'affection cancroïde, que l'on a souvent confondue et que souvent encore on confond avec lui.

Nous ne ferons qu'indiquer ici cette question ; mais nous ajouterons immédiatement qu'elle est largement traitée dans l'ouvrage de M. Lebert, et que c'est même par là que ce livre nous paraît surtout mériter au plus haut point l'attention des praticiens. Cette discussion, à laquelle l'auteur ne se lasse pas de revenir dans son ouvrage, est admirablement conduite, et nous paraît appelée à exercer une grande et salutaire influence sur la pratique. Sans doute, et l'auteur en convient lui-même, il est loin d'avoir épuisé cette question; mais il l'a posée largement. Au point même où il l'a laissée, il y a répandu assez de lumières pour rectifier immédiatement, suivant nous, plus d'un écart

dans la pratique. Enfin, et nous le redirons encore, parce que notre conscience nous presse de le faire, que tous méditent religieusement cette partie de l'ouvrage de M. Lebert; il y a là des idées saines qui doivent éclairer, diriger la pratique de tous.

Tels sont les points fondamentaux qu'a traités M. Lebert dans la première partie de son livre : la seconde partie est consacrée à appliquer ces idées générales à la monographie des localisations cancéreuses dans les diverses régions du corps. Nous ne pensons pas que, dans cette monographie étendue, aucune localisation cancéreuse sérieuse (nous parlons ici au point de vue de la fréquence) ait été oubliée. Depuis le cancer de l'utérus jusqu'au cancer de la moelle épinière ou des reins, toutes ces funestes localisations ont été étudiées.

Cette seconde partie du travail de M. Lebert n'est pas moins profondément traitée que la première ; le diagnostic surtout nous a paru parfaitement traité. Lorsque l'auteur arrive à des régions du corps où l'expérience a démontré l'existence possible du cancer et de l'affection cancroïde, il s'applique avec un soin infini à signaler les différences symptomatologiques qui distinguent ces deux maladies. Il ne nous a pas semblé qu'il ait réussi toujours à poser les limites de cette distinction, mais il y réussit souvent; et nous ne doutons pas qu'à mesure qu'on étudiera les choses au point de vue de cette distinction fondamentale, on ne perfectionne cette pathologie spéciale. Quant au traitement, on peut le présumer d'après ce que nous avons dit plus haut : comme, dans la pensée de l'auteur, il n'y a pas lieu ici à un traitement radical, la thérapeutique qu'il pose est purement palliative, et c'est dans cette sage mesure qu'il conseille, dans quelques cas, les traitements chirurgicaux, et que, quand il n'y a pas indication à l'institution de ce traitement, il se borne à recommander les ressources simplement palliatives les plus sûres dans leur résultat.

Nous ne dirons rien de plus sur ce livre, remarquable à tant de titres ; si, de fortune, les circonstances difficiles où nous nous trouvons nuisaient à sa destinée, nous le regretterions infiniment, non dans l'intérêt de l'auteur, que le sentiment d'un devoir accompli consolerait, mais dans l'intérêt de l'humanité, que cette importante publication doit servir.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Epidémie de coliques saturnines produites par des boissons sophistiquées ; caractères particuliers de ces coliques ; valeur du liséré bleuâtre des gencives, comme moyen de déterminer la véritable nature des accidents. — Depuis quelque temps, les journaux politi-

ques retentissent de faits de coliques, d'empoisonnement produits par l'usage du cidre frelaté ; des inspections, faites par les membres du Conseil de salubrité chez les fabricants de cidre, n'ont pas tardé à révéler le point de départ de ces accidents dans l'emploi de l'acétate de plomb, mis en usage par les brasseurs pour arriver à la clarification du cidre, très-difficile cette année, et dont la base ne se précipite qu'en partie avec les substances qui troublent la transparence de la liqueur. Bien avant que l'attention de l'autorité eût été éveillée sur ces empoisonnements, fruits trop fréquents de l'ignorance, et peut-être aussi de la cupidité des fabricants, les médecins avaient eu à traiter, chez beaucoup de malades, des accidents dont la nature paraissait assez difficile à pénétrer, mais qui se rapprochaient cependant beaucoup de l'intoxication saturnine, tant par le caractère des phénomènes observés, et en particulier par l'apparition de ce liséré bleuâtre du collet des gencives, bien connu de tous ceux qui ont été appelés à donner des soins à des malades saturnins, que par la nécessité de faire usage, pour amener un soulagement durable, des purgatifs et des narcotiques. Nous croyons d'autant plus nécessaire de revenir sur quelques particularités de cette petite épidémie d'accidents saturnins, et sur les principaux symptômes qui en ont révélé le véritable caractère, que l'on peut trouver, dans ces sortes d'intoxications, l'explication de certaines paralysies, sur l'étiologie desquelles les malades ne peuvent fournir, le plus souvent, aucun renseignement.

C'est à M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon, que nous devons les détails les plus intéressants, les plus complets et les plus précis sur cette épidémie d'accidents saturnins, produits par l'usage de cidres frelatés. Parmi les faits qu'il a rapportés, se place celui d'un garçon brasseur, qu'il fut appelé à visiter dans les derniers jours du mois de décembre, et qui était en proie à d'atroces douleurs, dont le siége était la région gastro-hépatique. Le malade était pâle, étiolé, les traits décomposés ; pas de fièvre, pouls petit, peau plutôt froide que chaude, grande faiblesse, pas de tension ni de matité au niveau du siége de la douleur ; constipation, sans aucun indice d'interruption du cours des matières ; liséré noirâtre sur quelques points du bord des gencives. Malgré l'absence de renseignements sur l'origine des accidents, la ressemblance de la maladie avec la colique saturnine était si grande, que ce médecin n'hésita pas à employer les purgatifs, qui triomphèrent en trois jours des accidents, quoique le malade conservât un peu d'étiolement. Plus tard, M. Legroux fut appelé pour la femme de ce malade, en proie aux mêmes accidents de colique que ceux éprouvés par son mari, qui cédèrent à l'usage des purgatifs salins. Cette femme lui

apprit que ces accidents étaient dus probablement à l'usage habituel qu'elle et son mari faisaient du cidre fabriqué par un brasseur, dont l'établissement avait été fermé par ordre de l'autorité, et pour cause de sophistication.

Depuis cette époque, M. Legroux a eu à traiter une série de malades présentant des accidents semblables ou même plus prononcés, mais toutefois sans paralysie, dans les cas observés jusqu'ici ; et l'examen chimique du cidre, boisson habituelle d'un de ces malades, a fait reconnaître dans ce liquide la présence de 4 centigram. de plomb par litre. Toujours est-il que ces accidents, tout en se rapprochant beaucoup de ceux appartenant à la colique saturnine proprement dite, s'en distinguaient à certains égards. C'est ainsi que le siége de la douleur était presque toujours à l'épigastre ou vers l'hypocondre droit, tandis que chez les ouvriers plombiers, elle existe à la région ombilicale, laquelle est souvent rétractée ; c'est ainsi que des purgatifs, d'une activité modérée, ont suffi, chez la plupart des malades, pour dissiper, en peu de jours, les accidents abdominaux, tandis que chez les saturnins proprement dits, il faut faire usage des purgatifs les plus énergiques. Mais, en revanche, chez tous ces malades, le liséré bleuâtre des gencives, ce signe caractéristique, pathognomonique de l'intoxication saturnine, toujours si prononcé chez les ouvriers qui travaillent à la fabrication des diverses préparations de plomb, se retrouvait chez tous les malades chez lesquels il a été cherché. C'est là un signe précieux qui ne saurait être trop souvent cherché par les médecins, dans les cas où il existe des accidents abdominaux dont la nature est difficile à déterminer, ou des paralysies circonscrites, ou même des accidents cérébraux d'une nature douteuse. Pour montrer tout le parti qu'un médecin habile peut tirer de ce signe, comme moyen de poser le diagnostic, et d'instituer par conséquent un traitement rationnel et utile, nous rapporterons le fait suivant :

Lors des événements de juin 1848, le nombre des blessés transportés à l'Hôtel-Dieu fut si considérable, qu'on dut évacuer les malades du service de médecine situés aux étages inférieurs de l'hôpital dans les autres services, afin de transformer ces salles en ambulances. Dans ce transport précipité, les renseignements ne purent suivre tous les malades. Parmi ceux qui furent placés dans le service de M. Martin Solon, se trouvait un homme dans un coma profond. On supposa d'abord que cet état était dû à un épanchement cérébral. M. Martin Solon chargea l'externe de recueillir quelques renseignements sur les antécédents de ce malade ; cette recherche fut inutile. Voyant alors qu'il n'y avait rien à espérer de ce côté, et l'état du malade ne s'étant

pas aggravé, M. Martin Solon examina le malade avec le plus grand soin, et parmi les symptômes, il eut le bonheur d'en rencontrer un pathognomonique, le liséré bleuâtre des gencives. Suivant toute probabilité, le malade se trouvait sous le coup d'une encéphalopathie saturnine. En conséquence, la médication purgative fut employée avec énergie ; et un mois après, le savant médecin de l'Hôtel-Dieu avait le plaisir de voir sortir de l'hôpital, parfaitement guéri, un malade qu'il avait cru voué à une mort certaine.

Névralgie rebelle du cordon et du testicule. — Guérison par l'opération du varicocèle. — L'intéressant article de M. Bonnet nous engage à reproduire l'observation suivante. Dans le compte-rendu que nous avons publié récemment de la brochure de M. Vidal (de Cassis), nous avons fait mention des cas de guérison produite par MM. Sédillot, Jobert (de Lamballe), J. Roux, etc. Parmi ces faits, il en est un publié par le dernier de ces chirurgiens, que nous voulons mettre en relief, car il montre que cette opération du varicocèle est appelée à devenir une nouvelle ressource à opposer aux névralgies rebelles du cordon et du testicule ; affection parfois si opiniâtre, que les malades finissent par réclamer et les chirurgiens par pratiquer la castration. Voici le fait que rapporte M. J. Roux.

« M. Donadey, coiffeur à la Valette (Var), est âgé de trente-deux ans, et présente tous les attributs du tempérament nerveux. En 1840, après des plaisirs vénériens, il éprouve dans le membre, le cordon et le testicule droits des douleurs vives qui durent cinq mois. Deux ans plus tard, les mêmes douleurs reparaissent, et tourmentent le malade pendant six mois environ. En 1846 et 1848, retour des souffrances, avec cette différence que les douleurs du cordon et du testicule sont accompagnées de névropathies diverses. Au mois de janvier 1849, le malade se contusionne ce testicule : les douleurs y reparaissent avec plus d'intensité. Cet état névralgique, qui résiste à divers traitements bien dirigés par plusieurs médecins, jette le malade dans un découragement complet.

Vers la fin de mai, il vient me consulter, dit M. J. Roux, et je constate l'état suivant : altération des traits, amaigrissement, exaltation des facultés intellectuelles, avec tendance au suicide. Le cordon et le testicule droits ont leur volume et leur consistance ordinaires ; ils sont le siége de douleurs vives et constantes, qui ne laissent aucun repos au patient ; la pression la plus légère est accompagnée de vives souffrances, au point que le malade redoute les plus simples explorations. L'épididyme et le canal déférent n'offrent rien d'anormal ; les vei-

nes sont un peu dilatées, on sent même sur un point une légère nodosité. Il y a donc rigoureusement, si l'on veut, un varicocèle commençant; et comme dans le cordon gauche les veines sont dans un état semblable, mais sans aucune douleur, on ne saurait y voir autre chose que cette dilatation variqueuse que l'on rencontre chez presque tous les hommes, et qu'on peut prendre pour l'état normal. Le membre inférieur est aussi le siége de quelques douleurs, et ne peut être complétement redressé.

Les émollients, les antiphlogistiques, les purgatifs, les narcotiques, les irritants locaux, les vésicatoires morphinés, les distractions n'ayant amené aucun soulagement, le malade me pressa d'en finir avec ses douleurs, et de lui pratiquer l'opération du varicocèle, dont il avait entendu parler. J'étais d'autant plus décidé à accéder à son désir, que dans une autre circonstance, et alors que j'avais affaire à une névralgie très-douloureuse, bornée à un seul testicule, je l'avais vue céder immédiatement au débridement de cet organe, tel que M. Vidal (de Cassis) le pratique dans l'orchite.

L'état malheureux de cet homme, les douleurs qu'il endurait, les dées funestes qui l'assiégeaient, me touchèrent, et, le 12 juin 1849, je le plongeai dans l'anesthésie, à l'aide du chloroforme, et je pratiquai du côté droit l'opération du varicocèle par enroulement, en me conformant aux règles établies par M. Vidal lui-même.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses : trois fois les fils d'argent furent serrés à des jours différents ; les douleurs consécutives furent très-supportables, malgré la pusillanimité du malade, qui était prompt à les exagérer. Le 6 juillet, les fils métalliques se détachèrent, et le 26 la cicatrisation était complète.

Aujourd'hui, 15 février 1851, vingt mois après l'opération, la cicatrice transversale est cachée dans les plis du scrotum ; le testicule a conservé son volume ordinaire ; il est sensiblement plus élevé que dans l'état naturel. Mais ce qu'il y a de plus satisfaisant, c'est que depuis le moment de l'opération, la névralgie n'a plus reparu dans le testicule, que les névropathies qui assiégeaient le malade ont complétement cessé, et que M. Donadey, heureux et content, se livre tout entier à ses occupations. »

M. J. Roux estime que le succès doit être attribué à la section des nerfs du cordon spermatique ; l'enroulement des veines n'a été ici qu'un moyen d'arriver à ce but essentiel. On pourrait donc appliquer à la névralgie testiculaire, arrivée à ce degré d'incoercibilité, tous les autres procédés destinés au traitement curatif du varicocèle ; peu importe le procédé, à la condition que l'indication soit bien remplie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANASARQUE (*Effets remarquables du colchique d'automne dans le traitement de certaines formes d') accompagnées de suppression d'urine et de diminution dans la proportion de certains matériaux constituants de ce liquide.* Parmi les propriétés physiologiques les plus remarquables du colchique d'automne, il faut certainement placer celle qui a été signalée par le professeur Chélius, d'Heidelberg, à savoir, d'augmenter en très-peu de temps, de doubler même la proportion d'acide urique dans l'urine des personnes soumises à l'emploi de ce médicament. Plus tard, Christison constata que le colchique exerçait une action semblable sur la présence de l'urée. Il résulte des expériences récentes faites par l'auteur d'un bon mémoire sur le colchique d'automne, M. le docteur Maclagan, que les résultats annoncés par Chélius et Christison sont parfaitement exacts ; c'est ainsi que chez un malade qui était atteint de syphilis secondaire, mais sans autre altération dans sa santé générale, M. Maclagan a vu la proportion d'urée s'élever de 13,360 à 15,500 en trois jours, à 18,341 en six jours; de même pour l'acide urique dont la proportion s'est élevée de 0,281 à 0,491 en trois jours, et à 0,750 en six jours. Que cela tienne, comme l'ont pensé quelques personnes, à une action intime de l'organisme, en vertu de laquelle l'acide urique est converti en urée, ou, ce qui est plus probable, à un accroissement véritable des deux principes constituants de l'urine, toujours est-il que cette singulière propriété du colchique, en vertu de laquelle, comme on vient de le voir, la proportion d'urée est augmentée d'un quart, et celle de l'acide urique presque doublée après trois jours de l'emploi de ce médicament, devait appeler l'attention des médecins vers l'administration de cet agent thérapeutique dans les cas où l'urée et l'acide urique sont en proportion moindre qu'à l'état normal et remplacés, comme cela a lieu le plus souvent, par d'autres matériaux organiques. Or, parmi les maladies dans lesquelles s'observe à un très-haut degré cette diminution dans la quantité de l'acide urique et de l'urée, se placent certaines formes d'anasarque et en particulier celles qui succèdent à la scarlatine, dans lesquelles la quantité d'urine est souvent réduite à tel point que cela équivant à une suppression complète, et l'albumine remplace l'acide urique et l'urée qui y manquent, affections assez souvent accompagnées d'accidents comateux graves.

C'est dans cette dernière forme d'anasarque que M. Maclagan a essayé de faire appel aux propriétés diurétiques particulières du colchique. Appelé à donner des soins à un malade affecté d'anasarque, avec symptômes comateux et suppression d'urine, consécutive à la scarlatine, contre laquelle les délayants et les diurétiques ordinaires avaient été administrés sans autre résultat que d'augmenter, d'une manière insignifiante, la quantité des urines, M. Maclagan prescrivit à son malade l'extrait acétique de colchique. La veille de l'administration de ce médicament, l'urine qui avait été analysée contenait seulement 2,427 d'urée, une trace d'acide urique, tandis que l'albumine y était dans la proportion de 14,490, et les sels inorganiques dans celle de 13,510. Le lendemain du jour où l'on avait commencé l'emploi du médicament, les symptômes comateux avaient considérablement diminué; l'urine était abondante et avait repris sa densité normale. L'examen de ce liquide, pratiqué le troisième jour, fit reconnaître une augmentation considérable dans la proportion de l'urée et de l'acide urique (7,500 pour la première, 0,480 pour le second), tandis que l'albumine était descendus à 7,943 et les sels organiques à 8,718. Dans la soirée du quatrième jour, les symptômes comateux avaient disparu, l'urine avait repris sa densité et ses proportions normales; il ne restait plus de traces des épanchements et de l'anasarque. Le cinquième jour, il était survenu de la diarrhée; il fallut suspendre l'emploi du colchique; mais l'examen de l'urine montra que l'albumine avait disparu, en même temps que l'urée et l'acide urique étaient revenue à leurs proportions normales (13,573 et 0,814) et que les sels inorganiques étaient descendus à 7,431. M. Maclagan ajoute qu'il a traité deux au-

tres malades présentant les mêmes accidents, à l'aide du même moyen et avec un succès semblable.— Pour compléter ce qui est relatif à cette intéressante communication de M. Maclagan, particulièrement en ce qui touche la préparation de colchique dont il a fait usage et la dose à laquelle il a administré ce médicament, nous dirons que l'extrait acétique de bulbes de colchique est une des préparations les plus actives, vantée avec raison par Scudamore dans le traitement de la goutte et du rhumatisme, et que la dose à laquelle on peut prescrire cette préparation varie de 5 à 15 centigrammes, répétée deux ou trois fois par jour. (*Monthly journal of med.*, décembre et janvier.)

EMPOISONNEMENT *par l'atropine; guérison.* En revenant à plusieurs reprises sur l'emploi de l'atropine en thérapeutique, nous avons toujours fait remarquer que cet alcaloïde possédait une activité très-grande qui devait rendre prudent dans son administration, et qui nécessitait par conséquent une grande surveillance de la part du médecin. Il n'existait du reste, nous le croyons, aucun fait d'empoisonnement chez l'homme par ce médicament; et, à ce titre, nous croyons utile de faire connaître celui qui a été observé dernièrement à l'infirmerie d'Edimbourg, par M. Andrew.

Ainsi qu'il est facile de le comprendre, c'est à la suite d'une méprise qu'a eu lieu cet empoisonnement. La malade, jeune femme de vingt-un ans, était à l'hôpital pour une ulcération de la gorge que l'on supposait de nature mercurielle, et pour un état de faiblesse générale avec perte d'appétit; elle était à l'usage des altérants et des toniques; récemment elle avait eu une atteinte d'iritis pour laquelle elle avait été soumise à un traitement antiphlogistique assez sévère, et, comme elle se plaignait de trouble de la vision de l'œil droit, on lui instillait tous les jours dans l'œil une goutte d'une solution d'atropine, contenant 0,10 d'atropine, 4 grammes d'acide acétique dilué dans 45 grammes d'eau distillée. Le 20 octobre, elle était si bien qu'elle se préparait à quitter l'hôpital le lendemain, lorsque le 21, en se réveillant, elle pria une de ses voisines de lui passer une petite bouteille contenant une potion amère qu'elle avalait tous les matins; celle-ci se trompa, et lui passa la solution d'atropine. La malade n'en avala qu'une cuillerée; mais immédiatement elle éprouva une sensation de brûlure à la gorge, et fit à ses voisines la remarque qu'il devait y avoir une erreur. Peu d'instants après, elle sentit qu'elle perdait la vue, éprouva le besoin de marcher, mais elle se sentit retenue par un poids qui gênait sa poitrine; elle appela l'infirmière d'une voix éteinte, et perdit immédiatement connaissance. On lui administra du lait en abondance qui la fit bientôt vomir; mais l'élève ne fut appelé qu'un quart d'heure après, et, lorsqu'il arriva, il la trouva les pupilles largement dilatées, les globes oculaires congestionnés et proéminents, semblant aussi perdre la vue; face légèrement injectée; mouvements convulsifs dans les muscles de la face, particulièrement dans ceux des angles des lèvres et des paupières; pouls à 130, assez faible; très-grande agitation; déplacement continuel dans le lit, rotation de la tête dans différentes directions; elle ne paraissait pas encore avoir de dispositions au délire, ne répondait que si on lui parlait à haute voix, riant et pleurant de temps en temps, mais sans bruit; se plaignant, lorsqu'on lui parlait à haute voix, d'une sensation de brûlure vers la gorge et vers l'estomac; expectoration et crachotements répétés. Immédiatement le vomissement fut provoqué par l'administration de 30 grammes de sulfate de zinc; les vomissements ayant cessé deux heures après, et la malade étant encore assoupie, administration de 2 gouttes d'huile de croton, applications froides sur la tête, dont les cheveux avaient été coupés ras; bouteilles d'eau chaude aux pieds, qui étaient très-froids. L'assoupissement faisant encore des progrès, on fit prendre à la malade 40 gouttes d'esprit aromatique d'ammoniaque, et cette même dose fut répétée toutes les demi-heures tant que dura l'assoupissement, en même temps qu'on faisait appliquer un vésicatoire à la nuque. La malade resta dans le même état jusqu'au lendemain, où l'assoupissement qui avait disparu fut remplacé par un état d'agitation rappelant à beaucoup d'égards le delirium tremens; les pupilles continuaient à être fortement dilatées, les yeux conges-

tionnés et saillants, la face vultueuse, avec quelques mouvements convulsifs dans les muscles de la face et des mains. Dans la journée, l'agitation prit un caractère de violence furieuse tel qu'il fallut cinq personnes pour lui mettre la camisole de force. Dans l'après-midi, l'agitation continua avec des paroles incohérentes, le pouls fréquent, les yeux injectés, les pupilles dilatées, et la face fortement congestionnée; le crachotement continuait. Dans la soirée, la malade fut plus tranquille, comme épuisée par les efforts violents auxquels elle s'était livrée. Le troisième jour, il restait encore du tremblement nerveux dans les paupières et dans les mains; la malade se réveillait comme en sursaut dès qu'on lui parlait; la face était encore tuméfiée; la langue humide et chargée; la peau moite, les extrémités chaudes, le pouls à 104. Le quatrième jour, il ne restait plus de tous ces accidents qu'un peu d'animation de la face, de la dilatation de la pupille de l'œil gauche, et une légère paralysie de la paupière supérieure droite avec quelques troubles de la vue, quelques hallucinations et des rêves pendant le sommeil. Ces derniers phénomènes persistèrent encore quelques jours en s'affaiblissant, et la malade quitta l'hôpital le 4 novembre, parfaitement guérie.

Nous croyons utile de faire suivre cette observation de quelques remarques. Jusqu'ici, à notre avis, dans le traitement qui a été mis en usage on a omis l'emploi de deux moyens des plus puissants et des plus utiles, nous voulons parler de l'emploi d'une infusion chaude et concentrée de café, dont l'efficacité est bien connue de tous ceux qui ont eu à traiter des empoisonnements par les narcotiques, et des affusions froides sur la tête avec lesquelles on calme comme par enchantement l'agitation et le délire furieux ainsi que l'anxiété produits par l'administration des narcotiques et des narcotico-âcres. Nous ferons remarquer en outre que, dans ce cas, les accidents graves ont été produits par l'administration de deux tiers de grain environ d'atropine. C'est donc, nous le répétons, un avertissement sérieux pour apporter une grande réserve dans l'emploi de ce médicament donné à l'intérieur. (*Monthly journal*, janvier.)

HEMORRHAGIES ARTERIELLES (*De la flexion des membres comme moyen de suspendre et même d'arrêter les*). Nous avons fait connaître dans le temps un fait très-remarquable d'arrêt complet et définitif d'une hémorrhagie provenant d'une blessure de l'arcade palmaire, à l'aide de la seule flexion forcée de l'avant-bras sur le bras (voy. t. 37, p. 280). Cette ressource, aussi ingénieuse que simple et naturelle, et qui fut inspirée à la fois par l'imminence du danger et la pénurie des moyens auxquels on a coutume de recourir en pareil cas, nous parut alors susceptible d'être généralisée et tentée désormais, au moins comme essai et comme méthode temporaire, toutes les fois que cela serait possible, avant de recourir aux chances toujours sérieuses de la ligature. Voici quelques faits qui justifient nos prévisions. Un médecin de Dunkerque, M. le docteur Bobillier, a en quelque sorte érigé cette pratique en méthode. Voici en quels termes il rapporte lui-même les heureux résultats qu'il en a obtenus dans diverses circonstances où l'on n'eût certainement pas manqué de recourir à la ligature.

« Lorsque certaines artères placées dans les plis des membres viennent, dit M. Bobillier, à être lésées, il suffit de fléchir fortement ces membres pour suspendre, et même pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Ce moyen m'a suffi pour arrêter une hémorrhagie provenant d'une blessure de la radiale à son passage entre les deux premiers métacarpiens pour entrer dans la paume de la main et former l'arcade palmaire profonde, en fléchissant, en rapprochant le pouce et en le maintenant dans cette position fixé dans la paume de la main.

« Dans une autre occasion, la flexion permanente de la main sur l'avant-bras a suffi, dans un cas de lésion de la radiale au devant du carpe, à l'endroit où l'on tâte le pouls.

« Dans une autre circonstance où l'artère brachiale avait été coupée et donnait lieu à un jet de sang effrayant, une flexion très-forte et soutenue de l'avant-bras sur le bras a suffi pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. » (*Revue médico-chirurgicale*, janvier 1852.)

HYGROMA DU GENOU *guéri par l'application d'un emplâtre d'extrait de ciguë.* — Dans l'un des derniers fascicules de l'année 1850 (voy. t. 38, p. 518), nous signalions l'emploi topique de l'élixir acide de Haller comme un moyen de guérison dont l'efficacité avait été constatée contre l'hygroma. Voici un moyen nouveau communiqué par M. F. de Salles, et qui, au rapport de ce médecin, compterait en sa faveur des succès encore plus constants; c'est l'emploi d'un emplâtre d'extrait de cigüe. Les *loupes* du genou, dit M. de Salles, disparaissent très-bien et assez promptement sous l'action fondante de l'extrait de ciguë pur, appliqué au moyen d'un emplâtre sur la partie malade, et renouvelé assez souvent pour qu'elle en soit toujours couverte. Quelque développement que la tumeur eût atteint, depuis la grosseur d'une petite noisette jusqu'à celle d'un œuf de poule, il n'en a rencontré aucune qui n'ait disparu à l'aide de ce moyen, sans laisser de traces.

Nous ne serions pas en mesure de dire quel est entre ces deux topiques celui qui doit mériter la préférence; mais quel que puisse être le motif qui porte à préférer l'un à l'autre, nous croyons qu'à l'avenir les praticiens feraient sagement d'essayer l'un de ces traitements résolutifs si simples et si parfaitement dépourvus de danger ou d'inconvénient quelconque, avant de recourir à la ponction et à l'injection iodée qui restera toujours comme ressource ultime et sûre, en cas d'insuccès par l'emploi de ces topiques. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1852.)

IODE (*De l'absence de l'*) *dans l'air, les eaux et les produits du sol, considérée comme la cause principale du goître et du crétinisme.* Le goître et le crétinisme ont été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches nombreuses, d'études et de discussions importantes qui n'ont pas laissé que de jeter quelque jour nouveau sur l'étiologie de cette endémie si singulière et si affligeante pour l'humanité, dont quelques contrées du globe sont affectées depuis un temps immémorial. — Tant que ces recherches et ces études n'ont paru reposer que sur des hypothèses plus ou moins ingénieuses, mais n'ayant aucun caractère scientifique démonstratif et aucune portée pratique immédiate, fidèles au plan constant d'utilité et d'application que s'est invariablement tracé le *Bulletin*, nous n'avons pas cru devoir en entretenir nos lecteurs. Si nous rompons aujourd'hui le silence que nous nous étions systématiquement imposé sur cette matière, c'est que nous avons cru reconnaître dans les derniers travaux publiés sur ce sujet, ce caractère démonstratif et cette utilité pratique que nous avions cherchés en vain dans les travaux précédents. Nous voulons parler du beau mémoire, en plusieurs parties, que M. Chatin vient de communiquer tout récemment aux Académies des sciences et de médecine.

Dans un paquet cacheté, déposé à l'Académie des sciences, M. Chatin avait formulé les propositions suivantes, dont on peut, au premier coup d'œil, embrasser la portée :

L'air est moins ioduré dans les Alpes qu'à Paris; il en est de même des eaux pluviales. Ces deux circonstances se présentent au plus haut degré dans les vallées où le goître est endémique. Les eaux de sources ou de torrents, bues dans ces vallées, sont généralement privées d'iode. Le sol arable et ses produits sont aussi très-peu iodurés dans les contrées les plus affligées du goître.

C'est au développement et à la démonstration de ces propositions et à leur application à l'hygiène et à la thérapeutique du goître et du crétinisme, que M. Chatin a consacré le mémoire que nous venons de citer, et dont nous allons essayer de reproduire les points principaux :

M. Chatin a constaté que les matières alimentaires sont diversement iodurées, suivant le sol qui les produit. Il a trouvé moins d'iode dans le maïs d'Aoste et d'Aiguebelle que dans celui de la plaine d'Alexandrie; dans les vins de Saint-Julien en Maurienne et de Moutiers que dans ceux de Montmélian et d'Asti, et surtout que dans les vins de la Bourgogne, d'Orléans et de Bordeaux; dans les fourrages des vallées de l'Arc, de l'Isère et de la Doire-Baltié, que dans ceux des bassins de la Seine et de la Loire; dans le lait et les fromages du Mont-Cenis et de la ferme des Cassines-Saint-Martin (près Aoste), que dans les mêmes produits achetés au marché de Paris; dans les blés de la rive droite de la vallée Graisivaudan que

dans ceux de la rive opposée, etc. De l'observation de cette première série de faits, M. Chatin a été conduit à reconnaître qu'il y a coïncidence générale entre l'abondance de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires, et l'absence complète du goître et du crétinisme, entre sa diminution progressive et le développement correspondant de ces maladies.

Les causes du goître et du crétinisme seraient donc de deux sortes: 1° une cause spéciale, qui est l'insuffisance de la somme d'iode introduite dans l'économie; 2° des causes générales ou accessoires, parmi lesquelles l'auteur signale : l'air humide et confiné, les habitations basses, étroites, fermées, mal exposées, le défaut de lumière, les vents, en tant qu'ils sont humides et n'apportent pas d'iode, le relief des montagnes, qui se lie aux circonstances précédentes, une alimentation pauvre en principes réparateurs, des vêtements sales, s'opposant aux fonctions de la peau, l'eau privée d'oxygène, etc. M. Chatin admet encore l'influence de l'âge, celles des sexes et du tempérament, prouvées par la fréquence relative du goître chez les femmes blondes, celle de l'hérédité, celle des occupations ou habitudes, qui paraît résulter surtout de la facilité plus grande avec laquelle les personnes qui portent des fardeaux sur la tête contractent le goître.

En général, certaines influences mécaniques, plus toutes les causes débilitantes, disposent à contracter le goître, auquel les agents toniques, tels que l'air sec, le vin, le fer, etc., donnent au contraire la faculté de résister en une certaine mesure; d'où l'on est conduit à définir le goître : une forme spécifique des affections lymphatiques déterminée par une cause spéciale, le défaut d'iode.

L'auteur classe ainsi les rapports qui existent entre l'iode, le goître et le crétinisme :

Zone première, normale ou de Paris.—Le goître et le crétinisme sont inconnus. On trouve en moyenne que, dans cette zone, le volume d'air respiré par un homme en vingt-quatre heures (7,000 à 8,000 litres), le volume d'eau bue et la quantité d'aliments consommée dans le même temps, renferment chacune de 1/100 à 1/260 de milligramme d'iode.

Zone deuxième, ou du Soissonnais. — Le goître est plus ou moins rare, le crétinisme inconnu. Ne diffère de la zone première que par des eaux dures et privées d'iode.

Zone troisième, ou de Lyon et de Turin. — Le goître est plus ou moins fréquent, le crétinisme à peu près inconnu. La proportion de l'iode est descendue de 1/500 à 1/1000 de milligramme.

Zone quatrième, ou des vallées alpines. — Le goître et le crétinisme sont endémiques. La proportion de l'iode, dans la quantité d'air, d'eau et d'aliments consommée en un jour, est de 1/2000 de milligramme au plus.

Dans les zones intermédiaires, le goître est subordonné aux influences générales; dans la zone quatrième, le défaut d'iode est prépondérant.

Enfin, M. Chatin établit qu'on peut amener l'iode à la proportion normale : dans la zone deuxième, en recueillant les eaux pluviales ; dans les zones intermédiaires, par les mêmes eaux, en faisant un choix parmi les sources, et en tirant ses aliments de contrées riches en iode; dans la zone quatrième, par l'emploi des aliments précédents et des eaux sulfo-iodées (après désulfuration) prodiguées par la nature aux contrées les plus affligées du goître, ainsi que par l'usage des sels iodurés, déjà conseillés par M. Boussingault et par M. Grange. Les produits animaux et végétaux devront être iodurés par l'emploi des eaux salines, en boissons et en irrigations, ainsi que par les solutés provenant du lessivage à chaud, par une eau alcaline, des terres et des roches les plus ferrugineuses. (*Compte-rendu de l'Académie des sciences*, janvier 1852.)

LUPUS (*Nouveau fait confirmant l'efficacité de l'huile de foie de morue à haute dose contre le*). Nos lecteurs se rappellent certainement les faits si remarquables que nous avons consignés, d'après M. Emery, relativement à l'efficacité, dans le traitement du lupus, de l'huile de foie de morue administrée à des doses qu'on peut appeler énormes, sans exagération. Depuis cette époque, des faits de guérison par ce moyen ont été publiés dans les journaux de médecine, mais on en trouverait difficilement un plus remarquable que celui qui a été consigné par M. Teir-

linck dans le dernier numéro des Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand. Voici ce fait :

Un garçon de ferme, âgé de vingt-trois ans, présentant tous les attributs du tempérament lymphatique exagéré et d'une constitution passive, entra, le 6 décembre 1850, à l'hôpital de Gand, dans l'état suivant : à la partie supérieure du sternum il portait une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq francs ; sous le bord de la mâchoire inférieure à droite, second ulcère de la même étendue que le premier ; un troisième s'étendait depuis la partie postérieure et inférieure du pavillon de l'oreille gauche sur la partie latérale et postérieure du cou, jusque vers la partie moyenne de cette région et sur une largeur d'un pouce et demi. Un quatrième, beaucoup plus étendu que les autres, occupait toute la joue gauche, s'étendant depuis la base inférieure de l'orbite et la tempe jusqu'à l'angle de la mâchoire, et depuis le pavillon de l'oreille et allait se confondre avec le précédent. Toutes ces ulcérations offraient les mêmes caractères : contour irrégulier ; recouvertes à leur surface de croûtes d'un brun noirâtre, très-adhérentes, fendillées et crevassées, laissant sécréter à travers ces cicatrices un pus fétide et ichoreux ; entourées de petits tubercules d'un rouge livide, siége d'une exfoliation épidermique, et constituant, par leur réunion, une espèce de bourrelet inégal et comme œdémateux, circonscrivant les surfaces ulcérées ; destruction de la paupière inférieure gauche ; ulcère de la joue se continuant avec la conjonctive oculaire ; celle-ci injectée et d'un rouge intense ; destruction du point et du conduit inférieur lacrymal gauche, et, par suite, épiphora continuel ; cornée ayant perdu la transparence dans son segment inférieur et vue incomplète de ce côté.

Menant un genre de vie fort misérable, ne se nourrissant que de lait battu, de pain noir et de pommes de terre, exposé continuellement au froid, à l'humidité et à toutes les intempéries de l'air, ce jeune homme avait vu, quatre ans auparavant, s'ouvrir une ulcération sur la joue gauche, qui finit par l'envahir tout entière. Pendant les années calamiteuses de 1847 et 1848, il eut beaucoup à souffrir du froid et de la faim. Ce fut alors que son mal continua à s'étendre et que de nouvelles ulcérations s'établirent sur divers points de la face et du cou. Après des alternatives de bien et de mal, le travail ulcératif s'exaspéra, envahit de nouvelles parties et détruisit la cicatrice commencée des autres ; enfin il envahit, dans sa sphère de destruction, la paupière inférieure gauche, qui disparut complétement.

Frappé de l'aspect scrofuleux de ce malade et de son état de profonde débilitation, les voies digestives étant d'ailleurs en bon état, M. Teirlinck le soumit à l'emploi de l'huile de foie de morue, après l'avoir préalablement purgé. Le 11 décembre, demi-livre de cette huile, en deux fois, matin et soir. Cinq jours après, la dose fut portée à une livre ; les ulcérations furent touchées deux fois par jour avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure. Le 25 décembre, la dose fut élevée à une livre et demie, à prendre en deux fois. Le 6 janvier, deux livres par jour. Dès le 31 décembre, un commencement de cicatrisation se manifestait sur le bord interne de l'ulcération de la joue. Le 6 janvier, la cicatrisation s'opérait sur tout le pourtour des ulcérations. Le 15 janvier, la suppuration était beaucoup moindre, la cicatrisation gagnait lentement. Le 1er février, l'ulcération qui existait à la partie supérieure du sternum était presque guérie. La tolérance fut parfaite jusqu'au milieu du mois de février. A cette époque, inappétence, douleur de ventre, diarrhée, pouls fébrile ; il fallut supprimer l'huile ; immédiatement, le travail de cicatrisation s'arrêta ; quelques points, qui étaient déjà guéris, s'exulcérèrent. Le 1er mars, on reprit l'huile, à la dose d'une livre ; le 10, une livre et demie ; le 25, deux livres ; ce jour-là, on substitua aux lotions avec la teinture d'iode celles avec le suc de citron, répétées quatre fois par jour. Le 15 avril, le malade avait pris un embonpoint remarquable et un excellent teint. Le 1er mai, trois livres d'huile par jour. A la suite d'un peu de dérangement dans les organes digestifs, plusieurs points, qui étaient cicatrisés, s'exulcérèrent et se rouvrirent ; lotions avec le nitrate d'argent. Le 15 juin, la cicatrisation avait fait des progrès rapides ; il survint de la diarrhée, qui fit sus-

pendre l'huile pendant cinq jours; elle fut reprise à la dose de deux livres et continuée jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 13 juillet. La cicatrisation était complète depuis près d'un mois et ne paraît pas s'être démentie. Dans toute la durée du traitement, du 6 décembre 1850 au 13 juillet 1851, le malade avait consommé et digéré l'énorme quantité de 265 livres d'huile de foie de morue.

NOURRICE (*Sur les pesées répétées du nourrisson, comme moyen de vérifier les bonnes qualités d'une*). On sait quelles difficultés présente le choix d'une nourrice, et combien peu le médecin peut compter sur les signes qui ont été donnés à cet égard par les auteurs, tant sous le rapport des signes tirés de la constitution générale de la nourrice et de l'examen des seins et du lait qui s'en écoule, que sous celui des signes plus précis fournis par l'examen chimique et microscopique de ce liquide. Telle nourrice, jeune et bien portante, dont les seins sont bien conformés, dont le lait ne présente ni au densimètre, ni au lactoscope, ni au microscope, aucune altération appréciable dans sa composition, peut être, en effet, une mauvaise nourrice. A Dieu ne plaise que nous voulions dire que ces diverses déterminations soient inutiles; elles ont toutes leur importance; mais il ne suffit pas au médecin de savoir si le lait que l'enfant va prendre est de bonne qualité, il lui faut encore déterminer si ce lait est en quantité suffisante pour nourrir l'enfant; et c'est sous ce point de vue que les recherches entreprises par M. le docteur Guillot (Natalis), médecin de l'hôpital Necker, méritent de fixer l'attention des médecins.

M. Guillot avait été frappé souvent de cette circonstance, que des nourrices, en apparence bien portantes, dont le sein était bien conformé, et dont le lait ne présentait aucune altération appréciable, ne faisaient pas d'aussi beaux élèves que d'autres nourrices placées dans des conditions semblables. Il en est venu à se demander si cela ne tiendrait pas peut-être à ce que la quantité de lait était moindre chez les unes que chez les autres. Pour résoudre la question, rien n'était plus facile. Il fallait peser les enfants avant et après chaque tétée, et savoir de combien était augmenté le poids de l'enfant; la différence devait donner la quantité de lait fournie par la nourrice. Les recherches de M. Guillot ne tardèrent pas à lui montrer qu'il y avait de grandes différences entre les femmes, relativement à la quantité de lait qu'elles pouvaient fournir, mais qu'il y en avait aussi beaucoup relativement aux nourrissons, qui prenaient une quantité plus ou moins grande de lait, suivant les circonstances; que cette quantité diminuait notablement dans le cours des maladies, même légères, mais qu'elle ne pouvait descendre au delà d'un certain degré sans que la vie fût compromise; que l'on pouvait, même dans certains cas, annoncer la mort prochaine des enfants, lorsqu'au lieu d'augmenter de poids, on constatait une perte à chaque pesée.

L'espace nous manque pour reproduire tous les chiffres publiés par M. Guillot; mais nous croyons utile de donner place ici aux principaux résultats qui ressortent de ses ingénieuses tentatives. Et d'abord, deux mots sur le procédé à suivre : on a une romaine sur le plateau de laquelle on peut étendre et fixer l'enfant; toute balance serait bonne, à la condition d'être assez large et forte pour supporter un enfant. On tare les vêtements dont on doit habiller l'enfant; lorsqu'il est vêtu, on le pèse, puis on le met au sein; on le laisse téter à son gré; dès qu'il est repu, on le pèse de nouveau; la différence des deux poids obtenus exprime la somme de lait prise pendant la durée du repas; l'augmentation du poids de l'enfant, après chaque chaque tétée, représente exactement la somme de lait introduite dans l'économie. En ville, on pourrait obtenir d'une mère qu'elle se soumît exactement à ces prescriptions; mais, dans les hôpitaux, il a fallu procéder autrement : une pesée a été faite le matin, et le nombre des repas indiqué par la mère, à l'aide d'un pointage sur une carte. Rarement une nourrice donne moins de trente tétées par jour, et, en multipliant par 25 ou 30, on a le chiffre exact du lait fourni à l'enfant.

Ce qui résulte d'abord des recherches de M. Guillot, c'est l'augmentation rapide, jour par jour, de la quantité de lait puisée par l'enfant,

à partir de sa naissance. Ainsi, tel enfant qui, le premier jour, n'aura pris que 27 centigrammes de lait à chaque tétée, et qui n'aura consommé par conséquent que 0,675 gramme de lait dans les vingt-quatre heures, en consommera le lendemain 1 kil. 375 gram.; le troisième jour, 2 kil. 700 gr.; le dix-septième jour, 3 kil. 900 gr. En moyenne, la quantité de lait fournie dans les vingt-quatre heures par une nourrice doit être supérieure à un kilogramme. Mais qu'il survienne une affection, même très-légère, un érythème des fesses, et la quantité de lait prise par l'enfant diminue tout de suite de plus de moitié. La chose la plus remarquable, c'est certainement la rapidité avec laquelle les enfants gagnent en poids, malgré les pertes qui ont lieu par les diverses sécrétions, par l'évaporation, par les urines, par les évacuations alvines. M. Guillot cite des enfants qui ont gagné 390 grammes en huit jours, 260 grammes en six jours, 354 grammes en douze jours; de sorte que, suivant ce médecin, il y a des enfants qui prennent à la fin du premier mois plus de deux kilogrammes de lait par jour, et qui s'accroissent régulièrement dans la période diurne de plus de 50 grammes. Il ne faut pas, du reste, attacher trop de valeur à une augmentation momentanée de poids; car M. Guillot a vu des enfants chez lesquels une augmentation extraordinaire de poids précédait une diarrhée.

Tels sont les faits principaux signalés par M. Guillot; sans doute, on ne peut les considérer que comme une indication de ce qu'il reste à entreprendre plutôt que comme une solution de toutes les questions qui touchent aux rapports des nourrices et des nourrissons. Nous croyons cependant qu'il y a, au fond de la méthode proposée par M. Guillot, une idée ingénieuse et pratique, appelée à rendre de grands services aux médecins dans les cas embarrassants. (*Union médic.*, fév. 1852.)

TRANSFUSION DU SANG (*Nouvelle opération de) pratiquée avec succès dans un cas d'anémie, suite d'hémorhagie. — Indications de la transfusion et conditions indispensables à son succès.* En rapportant récemment un cas malheureux de transfusion, dont l'insuccès nous paraissait devoir être attribué à deux circonstances principales, savoir, sa contre-indication et la défectuosité du procédé opératoire mis en usage, nous disions qu'il ne fallait rien conclure de ce fait contre la transfusion en général, si ce n'est que cette opération ne saurait convenir dans les cas où l'anémie est le résultat ou la complication d'une altération du sang; tandis qu'on n'en restait pas moins fondé à en espérer de bons résultats dans les cas d'anémie résultant de pertes abondantes, et plus ou moins subites de sang, sans complication morbide, au moins d'une certaine gravité. A peine venions-nous de formuler ce jugement, qu'il recevait une éclatante confirmation par la publication d'un des plus beaux exemples de succès qu'ait procurés la transfusion; nous voulons parler du fait récemment communiqué à l'Académie des sciences et à la presse médicale par MM. F. Devay et Desgranges, de Lyon. Cette observation est trop intéressante pour que nous ne devions pas en rapporter au moins les principales particularités.

La malade à laquelle MM. Devay et Desgranges ont pratiqué la transfusion était une femme de vingt-sept ans, qui fut apportée à l'hôpital dans un état entièrement exsangue, par suite d'une hémorrhagie survenue après un accouchement prématuré; la mort paraissait imminente. L'état de la malade étant le même le lendemain, malgré une médication astringente et tonique d'une certaine énergie, M. Devay jugea que la transfusion était l'unique ressource qui lui restât. Cet avis ayant été partagé par les médecins de l'Hôtel-Dieu réunis, M. Desgranges se chargea de l'opération qui fut exécutée comme il suit :

Une petite canule à injection veineuse, longue de 3 centimètres, formée par la réunion de deux moitiés dissemblables, dont l'une est constituée par un tube cylindrique de 2 millimètres de diamètre, l'autre par un pavillon allongé, infundibuliforme, avec un orifice de 5 millimètres de diamètre, construite en un mot de façon à pouvoir être fixée aisément à la veine par une simple ligature.

Une seringue à hydrocèle pouvant contenir 180 grammes d'eau, pourvue d'un piston à double parachute, bouchant hermétiquement et

glissant sans effort, enveloppée de plusieurs doubles de linges fixés par une bande, plongée ensuite dans un vase rempli d'eau chaude, qu'à tout instant on renouvelle pour avoir constamment une température d'environ 40° c.

Un stylet aiguillé chargé d'un fil, un bistouri pointu et des pinces à dissection ;

Tel est l'appareil instrumental.

Un premier aide est chargé de soutenir le bras droit sur lequel l'opération va être pratiquée, plus tard de veiller sur la canule et de comprimer la veine. Un second aide saisit la main et tient le membre supérieur dans l'extension.

L'opération est faite en quatre temps. Le premier consiste dans l'isolement de la veine qui, après avoir été disséquée avec soin, est soulevée au moyen du stylet glissé en dessous, comme s'il s'agissait d'une ligature artérielle. Le stylet sert à conduire le fil qui, plus tard, doit fixer les parois veineuses au cylindre de la canule.

Le deuxième temps est l'introduction de la canule. La veine soulevée par le fil, que tient un des aides, est saisie très légèrement avec une pince, puis incisée longitudinalement avec le bistouri dans une étendue de 4 millimètres. La canule insinuée dans le vaisseau, y est maintenue fixée au moyen du fil. L'aide placé près du bras veille sur la canule et comprime la veine directement au-dessus; il place un autre doigt sur l'orifice béant du bout inférieur de la veine, afin d'arrêter l'écoulement de sang qui pourrait avoir lieu.

Tout étant disposé ainsi, on procède au troisième temps de l'opération, la transfusion proprement dite. M. Desgranges ouvre la veine basilique de l'un des internes du service, M. Lardet, qui s'est dévoué à fournir son sang.

Le sang est recueilli directement dans la seringue chauffée; et, sans perdre un instant, dès qu'elle est pleine on y met le piston, et après en avoir chassé l'air et avoir enroulé autour de la seringue de nouvelles compresses imbibées d'eau bouillante, le piston est poussé avec précaution et lenteur: en deux minutes et demie, on fait couler 180 grammes de sang pur dans le système veineux de la malade.

L'opération terminée, la canule retirée en coupant le fil, et les lèvres de la plaie rapprochées et recouvertes d'un petit appareil à saignée ordinaire, la malade a été replacée dans une attitude commode. Pendant l'opération, le pouls de 130 s'était élevé à 138 vers la fin de l'injection. Les pulsations, d'oscillantes qu'elles étaient, sont devenues plus énergiques et plus résistantes; les contractions des ventricules étaient régulières, leur puissance avait doublé et même triplé; le bruit de diable avait disparu complétement. L'état général de la malade indiquait qu'une modification profonde avait été imprimée à l'économie. L'excitation générale qui s'était manifestée immédiatement après la transfusion est allée croissant dans le reste de la journée. Il y a eu même un peu de délire. (Même potion que la veille; eau de poulet avec sirop d'ergotine pour boisson; potion musquée pour le soir.)

Le lendemain 27 octobre, l'agitation est moindre, le pouls est monté à 110 pulsations; persistance de la pâleur; température du corps sensiblement augmentée; plus de nausées ni de vomissements. Vers la fin de la journée, l'état d'excitation disparaît et la malade tombe dans un collapsus profond. (Médication tonique, continuée les jours suivants.)

Le 28 et jours suivants, les forces vont en augmentant. Le sentiment de la faim commence à se manifester; la soif persiste; la langue est recouverte d'une éruption aphtheuse, semblable au muguet des enfants.

Le 7 novembre, la soif a cessé d'être aussi vive; la faim se fait plus impérieusement sentir; la malade commence à manger; atonie persistante. (Ferrugineux, frictions stimulantes.) A dater du 13 novembre, la malade se lève et se promène dans la salle. Une phlegmatia alba dolens, occupant le membre inférieur droit, vient seule retarder la marche de la convalescence, qui reprend son cours le 25 pour ne plus s'arrêter. La malade sort le 29.

Les suites de cette opération ont présenté, comme on peut le voir par ce court aperçu, une série de phénomènes dignes du plus grand intérêt, et qu'il est nécessaire de résumer ici pour bien apprécier les effets et le résultat de la transfusion Comme effets primitifs résultan

immédiatement de la transfusion, on a constaté une réaction s'élevant insensiblement jusqu'à une surexcitation qui a inspiré des craintes; ces phénomènes primitifs ont pu eux-mêmes être distingués en phénomènes immédiats et en phénomènes secondaires. Les premiers ont consisté dans le réveil des fonctions de la vie de relation, à mesure que le fluide réparateur pénétrait dans l'organe central de la vie végétative. Dans les premières heures qui ont suivi l'opération, la réaction ne dépasse pas ce mode physiologique. Le pouls est toujours fréquent, mais il offre plus de résistance; les bruits anormaux perçus par l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne se font plus entendre. Jusqu'au soir la malade paraît jouir d'un calme profond. Le soir, une agitation insolite se déclare, la nuit est marquée par le délire et les mouvements désordonnés. Cet état persiste peu dans la journée du 27.

Les jours suivants, des symptômes d'un ordre tout différent éclatent: la langue se couvre d'aphthes, une odeur putride est exhalée et coïncide avec un écoulement lochial verdâtre. L'ensemble de tous ces signes revêt le cachet des fièvres adynamiques putrides. On pourrait reconnaître à ces symptômes l'influence puerpérale qui, après avoir été suspendue dans ses manifestations par l'état d'anémie, avait repris son empire avec le retour de la vitalité.

A cette phase de la maladie succède une période d'hydroémie. Une anasarque presque générale se déclare. Ces derniers symptômes se dissipent au bout de peu de temps; mais la chloro-anémie se prolonge pendant une douzaine de jours. Dans cet intervalle la malade reprend des forces; le 9, elle peut descendre de son lit. A ce moment elle touchait à la convalescence, lorsqu'à la suite d'une trop longue station, elle est saisie d'un œdème douloureux (phlegmatia alba dolens) du membre inférieur droit, qui est comme la dernière phase de l'état puerpéral. A partir de cet instant l'amélioration est soutenue et croissante.

Les détails de cette observation, que nous avons été obligé de supprimer montrent, successivement et de la manière la plus évidente les effets distincts et respectifs de la transfusion et de la médication qui l'a suivie, la première ayant ranimé la vie près de s'éteindre, la seconde ayant soutenu les efforts de la nature et combattu avec succès les divers accidents résultant, soit de l'anémie elle-même, soit de l'affection puerpérale concomitante.

Nous ne terminerons pas cette relation sans reproduire les conclusions qui terminent le remarquable mémoire de MM. Devay et Desgranges, ces conclusions formulant, à notre avis, de la manière la plus précise les indications de la transfusion et les conditions propres à en assurer le succès.

MM. Devay et Desgranges résument leur opinion sur ce point en établissant:

1° Que la transfusion du sang, comme agent héroïque, doit avoir une place dans la médecine pratique;

2° Qu'elle doit être réservée aux cas extrêmes, dans l'unique but de soutenir la vie;

3° Que la quantité de sang transfusé doit toujours être faible;

4° Que le sang pur doit seul être employé;

5° Que le manuel opératoire ne réclame point d'instruments particuliers;

6° Que, dans ces conditions, elle est *physiologique.* (*Gazette médicale de Paris*, janv. 1852.)

VARIÉTÉS.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Mort par le chloroforme. — Accusation d'homicide par imprudence.

Nous avons cru devoir mettre immédiatement sous les yeux de nos confrères les débats de cette grave affaire, nous réservant de publier aujourd'hui les mémoires des experts. Une seule de ces pièces, par la nature des

questions qu'elle traite, nous paraît mériter d'être insérée en entier : c'est la consultation médico-légale. L'intérêt qui s'attache aux moyens de constater la présence du chloroforme dans le sang et dans les principaux organes de l'économie, nous porte à rejeter à un de nos plus prochains numéros l'examen du rapport qui contient les détails de l'autopsie et des analyses chimiques. Nous lui emprunterons cependant les renseignements donnés sur les faits de cette cause. Voici ces renseignements rappelés en tête du rapport :

« Mme Simon, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, était en général d'une bonne santé; elle souffrait seulement de douleurs dentaires presque habituelles, provenant de la carie de plusieurs dents. Il y a quelques années, on lui avait extrait quatre dents molaires, et cette opération avait été l'occasion d'une vive exaltation morale. Depuis cette époque, Mme Simon se préoccupait sans cesse des conséquences que pouvaient entraîner les caries dentaires dont elle était atteinte. Les douleurs se renouvelant, elle redoutait une maladie des os maxillaires; elle pensait qu'une nouvelle extraction de dents était nécessaire pour la garantir de ce danger, et en même temps elle craignait au plus haut point les douleurs de l'opération. Cette double préoccupation fut portée à un tel degré dans ces derniers temps, que sa santé générale en reçut une atteinte notable; elle perdit l'appétit et le sommeil, elle maigrit de manière à donner des inquiétudes à sa famille. Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'extraction des dents gâtées, et elle exigea, comme condition expresse, que l'on fît usage des inhalations de chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était en proie à l'agitation la plus vive, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. L'opération fut pratiquée par un officier de santé, en présence du mari et d'une servante. La malade fut assise sur une chaise. On allait commencer l'opération, quand elle se leva éperdue, et parcourut la chambre en proférant des paroles incohérentes. On parvint à la calmer; elle déclara elle-même qu'elle était décidée à l'opération, et elle se replaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir, qu'on approche des narines et des lèvres. La malade annonce presque aussitôt qu'elle ressent les effets du chloroforme; on pratique rapidement l'extraction des trois dents. Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et qui se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme : la face devient cadavéreuse. « Elle est morte», dit-il, et elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigue restent inutiles. La quantité de chloroforme employée avait été très-faible; on nous a représenté l'ordonnance de l'officier de santé portant 10 grammes de chloroforme, que l'on avait cherchés dans une pharmacie voisine; le vase en renferme encore 6 grammes 75, ce qui réduit à 3 grammes 25 c. la quantité de chloroforme employée.

Cet énoncé suffit pour prouver que la malheureuse dame Simon se trouvait, par suite des graves préoccupations qui l'assiégeaient, dans un état d'excitation nerveuse, qui proscrivait toute tentative et d'opération et d'inhalation. Là est toute la vérité de ce procès. Si les experts instruits qui sont intervenus dans les débats n'ont point mis ce fait en relief, c'est afin de ne pas aggraver la position du confrère mis en jugement. Nous ne som-

mes plus tenu aujourd'hui à la même réserve, et, devant tirer de ce fait malheureux l'enseignement qui en découle, nous devons rappeler à nos lecteurs les cas de cette espèce que nous leur avons déjà signalés, lors de la discussion qui eut lieu en 1848 à l'Académie de médecine. La dépression des forces vitales, qu'elle soit due à une susceptibilité nerveuse exagérée, produite par des pertes de sang considérables, ou bien amenée par les souffrances d'une longue maladie, est une des contre-indications les plus formelles à la pratique des inhalations.

Ces débats et les mémoires qui ont été produits à leur occasion ne viennent rien ajouter aux enseignements fournis par les nombreux articles que nous avons publiés sur les inhalations anesthésiques; il est même un point que la consultation de MM. Tourdes, Caillot et Rigaud remet en question, c'est l'opportunité de l'application du chloroforme pendant l'époque menstruelle. Nous reviendrons sur la conclusion posée par ces savants confrères, l'espace nous manque aujourd'hui. D'ailleurs, si nous avons donné une si large place à ces débats, c'est qu'ils sont venus élargir le cercle de la responsabilité médicale.

Du reste, que l'on ne s'exagère pas la portée de ce procès, car l'accusation d'homicide par imprudence reposait seulement, nos lecteurs l'ont vu par le prononcé du jugement, sur la question de savoir si le chirurgien, qui n'était qu'officier de santé, avait le droit d'administrer le chloroforme sans le concours d'un docteur, et si, en l'administrant, il avait observé les règles de l'art propres à garantir l'innocuité du moyen.

Consultation médico-légale, *par* MM. G. Tourdes, Rigaud *et* Caillot, *professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg, en date du 15 août 1851, nous soussignés, professeurs à la Faculté de médecine, avons délibéré et arrêté en commun les réponses suivantes aux questions qui nous ont été adressées sur les effets et sur le mode d'emploi du chloroforme : nous les avons résolues d'une manière générale, telles qu'elles nous étaient posées, tout en faisant nos réserves relativement à l'application qu'on en pourrait faire aux cas particuliers, qui tous réclament un examen spécial ; les circonstances qui leur sont propres pouvant apporter des modifications à la formule des préceptes généraux.

Première question. Y a-t-il des règles particulières à observer pour administrer le chloroforme à un malade?

L'application du chloroforme comme moyen anesthésique est une découverte récente ; la science ne s'est pas encore prononcée d'une manière définitive sur les différentes conditions qui doivent en régler l'emploi, sur le mode d'action de cette substance, ainsi que sur l'énergie relative de ses effets. Aucun traité dogmatique ne résume d'une manière positive les règles qui doivent présider à l'application du chloroforme. Mais l'expérience d'hommes compétents est aujourd'hui connue par des publications nombreuses, et il existe un certain nombre de points sur lesquels les praticiens sont tombés d'accord et que l'on peut considérer comme des règles généralement acceptées, sauf les modifications qu'elles subissent dans les cas spéciaux.

Deuxième question. Quelles sont ces règles de l'art consacrées par l'expérience déjà acquise?

Ces règles sont relatives aux indications, aux contre-indications, au choix du chloroforme, au manuel opératoire, aux soins consécutifs.

Les indications sont : une opération chirurgicale d'une certaine gravité et devant entraîner beaucoup de douleur, ou bien une maladie particulière que l'on suppose pouvoir être avantageusement modifiée par l'action du chloroforme. En général, la prudence commande de ne pas employer un moyen aussi actif pour une opération légère; mais la gravité même d'une opération résulte d'éléments complexes; elle dépend du manuel opératoire et des dispositions mêmes du sujet.

En général, pour les simples extractions de dents, il vaut mieux s'abstenir de l'emploi du chloroforme; mais cette règle est elle-même surbordonnée à deux conditions, à l'état du malade qui peut se trouver dans l'impossibilité de supporter sans inconvénient une trop vive douleur, et à la nature même de l'opération; il est évident que si plusieurs dents doivent être extraites à la fois d'un maxillaire déjà malade, on pourra recourir très-légitimement à l'emploi du chloroforme.

Les contre-indications dépendent de maladies antérieures ou de dispositions individuelles. Cette détermination rentre dans la septièmequestion qui nous est adressée. Nous constaterons seulement ici que s'il existe des contre-indications évidentes, il en est quelques-unes qui ne peuvent être reconnues *à priori*.

Le choix du chloroforme est déterminé par certaines conditions physiques et chimiques relatives à sa pureté. Des principes étrangers mélangés à cette substance peuvent en rendre les effets plus pénibles et plus dangereux.

Les règles qui concernent le manuel opératoire se rapportent à l'attitude du malade, à la quantité du chloroforme, au mode d'application, à la durée de l'inhalation, à l'observation du malade pendant l'opération, aux signes qui annoncent l'action plus ou moins rapide et plus ou moins complète du chloroforme, au choix des aides. La plupart de ces questions sont posées dans les paragraphes qui suivent. Nous insisterons ici seulement sur la nécessité d'appliquer avec prudence le chloroforme au début de l'opération, l'observation ayant constaté que la mort a eu lieu le plus souvent dans les premiers moments de l'inhalation. Nous rappellerons encore que la prudence commande de surveiller sans cesse l'état du malade pendant l'inhalation, d'examiner l'état du pouls, l'état de la respiration, l'expression faciale, la situation du globe de l'œil, la résolution des membres, tous les signes qui peuvent servir à mesurer le degré d'action du chloroforme, et l'imminence du danger. Nous devons cependant constater que dans quelques faits malheureux ces précautions paraîtraient avoir été prises, sans qu'on ait pu éviter un résultat fatal.

Les soins consécutifs à donner au malade seront examinés à l'occasion de la douzième question.

Troisième question. Quelle doit être la position du corps de l'opéré lorsque le chloroforme lui est administré?

En général, on doit recommander la position horizontale; mais il est des cas particuliers, tels que certaines opérations sur la face et sur la bouche, et

notamment les extractions de dents, dans lesquelles on ne peut éviter de donner au malade une position verticale.

Quatrième question. A quelle distance du nez et de la bouche le chloroforme doit-il être approché pour produire ses effets sans danger?

L'application doit être faite de telle sorte que le passage de l'air ne soit pas intercepté.

Cinquième question. Y a-t-il danger à l'appliquer immédiatement sur les organes extérieurs de la respiration ?

Cette question est résolue conformément au même principe que la précédente. On peut appliquer immédiatement le mouchoir ou la compresse qui renferme le chloroforme sur le nez et sur les narines, en ayant soin de ne pas fermer d'une manière complète l'entrée des voies respiratoires, et en laissant toujours à l'air un passage suffisant. On évite en général l'application tout à fait immédiate par la forme que l'on donne au linge arrosé de chloroforme.

Sixième question. Dans quelle proportion cette substance peut-elle être administrée ?

La dose de chloroforme nécessaire pour annihiler la sensibilité ne peut être déterminée d'une manière absolue; elle varie suivant la nature du sujet, et suivant le procédé opératoire. Il est évident qu'une grande partie du chloroforme est presque toujours perdue dans chaque opération; cette substance s'évapore ou pénètre dans les linges que l'on emploie. La quantité de chloroforme employée varie encore suivant la durée de l'inhalation et le temps pendant lequel on veut conserver le malade insensible. Il est impossible de déterminer avec précision la quantité de chloroforme que le malade inspire et celle qui se perd. On verse ordinairement en une fois 3 à 4 grammes de chloroforme sur le linge, et pendant la durée de l'opération nous avons souvent employé 20 à 30 grammes de chloroforme, et même davantage. La question importante se trouve non dans la dose que l'on verse sur le linge, mais dans la manière d'administrer le chloroforme; il faut surtout l'appliquer avec prudence, avec précaution, graduellement, permettre l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, cesser l'inhalation dès que les phénomènes d'anesthésie se sont produits, et surveiller avec le plus grand soin le malade pendant toute la durée de l'opération.

Septième question. L'âge, le tempérament, le sexe du sujet sont-ils à considérer dans la chloroformisation pour modifier d'une manière ou d'une autre l'administration du chloroforme?

On a administré le chloroforme sans danger à des individus de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament. Il faut de plus grandes précautions chez les enfants qui ressentent très-rapidement les effets du chloroforme; cette substance agit aussi avec plus de facilité sur les personnes d'un tempérament nerveux. Ces conditions doivent être prises en considération dans l'emploi du chloroforme; elles conduisent à en diminuer la dose, à restreindre la durée de l'inhalation, et à redoubler de surveillance.

Huitième question. L'époque des menstrues chez la femme est-elle un obstacle à ce qu'elle soit chloroformisée?

En général, on doit s'abstenir à cette époque, à moins d'urgence, de toute opération chirurgicale, et, par conséquent, aussi de l'application du chloroforme.

L'irritabilité nerveuse des femmes se trouvant augmentée sous l'in-

fluence de cette fonction, il est vraisemblable qu'elles ressentiront avec plus d'énergie l'action du chloroforme ; mais on ne peut voir dans cette circonstance la cause d'un résultat fatal.

Neuvième question. Une personne dont l'imagination est vivement frappée, dont le système nerveux est violemment surexcité, chez laquelle cette surexcitation et ses vives appréhensions se manifestent d'une manière non équivoque par des paroles presque délirantes et par des mouvements du corps involontaires, tels que des soubresauts, peut-elle être chloroformisée sans danger au moment même?

En général, dans des circonstances de ce genre, la prudence commande de calmer d'abord l'exaltation du malade, et d'attendre le retour de l'état normal de l'intelligence et la cessation de l'excitation nerveuse, avant de recourir à l'emploi du chloroforme. Nous devons cependant faire remarquer qu'au moment de subir une opération chirurgicale, beaucoup de malades, les plus nerveux et les plus pusillanimes, ceux qui réclament surtout l'emploi du chloroforme, sont dans des conditions inévitables d'excitation et d'inquiétude, qui ne empêchent pas de passer outre, et de les chloroformiser sans danger. Quelquefois même des malades qui consentaient d'abord à l'application du chloroforme, résistent ensuite, et c'est malgré leur résistance qu'on les jette dans l'anesthésie. On a d'ailleurs fait usage du chloroforme sans inconvénient dans diverses névroses, dans le tétanos, dans l'aliénation mentale, notamment pour calmer des attaques de manie furieuse.

Dixième question. Spécialement une femme dans ce cas est-elle à ménager plus qu'un homme?

Les femmes peuvent ressentir plus vivement que les hommes l'action du chloroforme par suite de la prédominance chez elles du tempérament nerveux et de l'existence d'une affection hystérique. Les mêmes règles de prudence sont d'ailleurs applicables aux deux sexes.

Onzième question. Est-il du devoir de l'opérateur de résister à la volonté du malade qui demande à subir une opération avec le secours du chloroforme, lorsque l'état nerveux de ce malade ou toute autre circonstance, dont il est le seul appréciateur, devrait dans sa pensée faire ajourner l'opération?

Il est de toute évidence que le médecin est le seul juge de la convenance d'une opération et de l'application du chloroforme. Sa règle de conduite est basée sur les indications et sur les contre-indications ; la volonté du malade ne peut être considérée que comme une circonstance favorable qui rend les chances de l'opération d'autant meilleures qu'il s'y soumet avec plus de confiance ; cette bonne volonté rend aussi plus facile le mode d'application du chloroforme.

Douzième question. En cas d'opération chirurgicale, le chirurgien manque-t-il à la prudence s'il ne se fait pas assister pendant l'opération d'un homme de l'art qui puisse concourir à atténuer les effets fâcheux de l'opération, en cas de besoin ?

La prudence exige que le médecin ne procède pas seul à l'application du chloroforme comme moyen anesthésique ; il est nécessaire qu'il se fasse assister d'un homme de l'art compétent, ou au moins d'un aide intelligent et exercé qui puisse concourir avec lui à diriger et à surveiller l'inhalation,

et lui prêter secours dans le cas d'accidents. L'urgence peut évidemment entraîner des exceptions à cette règle.

Treizième question. Le chloroforme ne peut-il et ne devrait-il pas, en raison des dangers que peut offrir son emploi, n'être administré que sous la surveillance et avec le concours d'un docteur en médecine?

L'application du chloroforme entraînant du danger et exigeant des connaissances médicales étendues et des précautions minutieuses, il serait à désirer qu'elle fût exclusivement réservée aux docteurs en médecine. Peut-on considérer l'application du chloroforme comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé? Cette interprétation sera examinée à l'occasion de la quinzième et dernière question.

Quatorzième question. La prudence la plus ordinaire n'exige-t-elle pas que l'homme de l'art qui administre le chloroforme s'entoure d'avance de tout ce qui pourra lui devenir nécessaire, pour le trouver sous sa main, dans le cas où il deviendrait urgent d'en combattre les effets?

Un chirurgien doit préparer à l'avance tous les objets qui lui sont nécessaires pendant une opération, ou qui pourront lui être utiles pour remédier aux accidents consécutifs. En ce qui concerne l'application du chloroforme, les principaux moyens de traitement sont la position horizontale, l'abaissement de la langue, l'insufflation pulmonaire, l'inhalation de l'ammoniaque, les affusions froides, l'application de substances irritantes sur la peau et sur les muqueuses. La science ajoute tous les jours de nouvelles ressources à celles dont elle dispose déjà, mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'incriminer la conduite d'un médecin pour l'omission de l'un ou de l'autre de ces moyens, ou pour avoir donné la préférence à l'un d'eux. Nous ne pouvons également considérer comme une circonstance annonçant l'imprudence, ce fait qu'à l'avance le médecin ne s'est pas muni d'ammoniaque.

Quinzième question. Une opération chirurgicale n'est-elle point à considérer comme une grande opération, dès que la douleur qu'elle entraîne fait recourir à l'emploi du chloroforme? L'application du chloroforme peut-elle être considérée comme une grande opération chirurgicale?

La loi du 19 ventôse an XI interdit aux officiers de santé toute grande opération chirurgicale hors la présence d'un docteur en médecine; elle ne pose au contraire aucune limite à la pratique médicale, même dans les cas les plus difficiles; elle n'interdit pas, et, par conséquent, elle autorise l'administration des médicaments les plus actifs. On ne peut assimiler l'application du chloroforme, comme moyen anesthésique, à une grande opération chirurgicale; le manuel opératoire que cette application nécessite ne suffit point pour autoriser cette assimilation; ce manuel est d'une exécution facile; il exige plutôt de la prudence et des connaissances médicales que de l'habileté chirurgicale. L'application du chloroforme nous paraît devoir être plutôt assimilée à l'administration de toute autre substance d'une grande énergie, dont l'emploi n'est pas interdit aux officiers de santé, quelle que soit la voie par laquelle le médicament pénètre dans l'organisme.

Nous croyons donc que, dans le sens rigoureux de la loi, l'application du chloroforme ne peut être considérée comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé; mais la loi n'a pu prévoir les progrès de la science en ce qui concerne l'emploi des moyens anesthésiques, et,

dans l'intérêt de l'humanité, nous devons émettre le vœu que l'application d'agents aussi redoutables soit réservée aux docteurs en médecine, aux hommes de l'art, qui donnent par leur éducation médicale complète les garanties les plus sérieuses à la société.

Le ministre des affaires étrangères et le ministre de l'agriculture et du commerce viennent de clore les séances de la conférence sanitaire internationale. Cette conférence, composée de deux délégués de douze nations différentes, était appelée à traiter, on le sait, des questions qui intéressent à la fois la santé publique, le commerce et la navigation. Après six mois d'un travail assidu, elle est parvenue à résoudre le problème difficile qui lui avait été posé. Grâce à l'activité que ses membres ont montrée, grâce à leurs lumières, la santé publique en Europe, tout en étant sauvegardée avec toute prudence contre l'invasion des maladies contagieuses, pourra désormais se montrer moins rigide dans l'appareil de ses précautions, moins rigoureuse dans le détail de ses mesures quarantenaires.

Avant la clôture définitive de la conférence, le ministre des affaires étrangères a appris aux délégués que le prince président de la République, qui avait suivi avec intérêt les travaux de la conférence et qui avait tout espoir dans leur bon résultat, n'avait pas voulu les laisser quitter la capitale de la France sans leur donner une preuve de son estime particulière, en les nommant membres de l'ordre de la Légion-d'Honneur.

M. Désormeau, secrétaire pour la partie médicale, a été nommé également membre de la Légion-d'Honneur, et M. Méller, qui a rempli un des rôles les plus actifs et les plus importants dans cette longue conférence, a été promu au grade de commandeur.

Les sujets de thèse échus aux candidats à la chaire d'hygiène sont : M. Marchal, *des épidémies ;* M. Bouchardat, *de l'alimentation insuffisante ;* M. Béclard, *hygiène de la première enfance;* M. Tardieu, *voieries et cimetières;* M. Samson, *de l'influence de la lumière sur le développement de la santé ;* M. Guérard, *du choix et de la distribution des eaux dans une ville.*

L'Académie des sciences a procédé, le 9 de ce mois, à l'élection d'un membre libre. Aux deux premiers tours de scrutin, notre savant secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, M. Dubois (d'Amiens), a obtenu 12 voix.

M. Bonnet de Malherbe, médecin du ministère de l'agriculture et du commerce, et M. Revelle, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf, sont nommés membres de la Légion-d'Honneur.

La même distinction vient d'être accordée à M. J.-B. Baillière, libraire-éditeur, auquel la littérature médicale doit ses plus beaux et ses plus splendides monuments.

L'Association des médecins de Paris vient de tenir sa séance annuelle.

« Notre œuvre, a dit M. Perdrix, sous le rapport moral, gagne chaque jour; car le principe de l'association, bien compris et bien appliqué, est un principe fécond. Efforçons-nous chaque année de faire comprendre tout le bien que l'on peut attendre de semblables institutions, etc. » Rappeler que l'association des médecins de Paris a déjà distribué en secours, à des confrères malheureux, plus de cent mille francs, c'est faire le plus bel éloge de cette utile et pieuse fondation.

Dans un de ses récents feuilletons, un de nos plus spirituels confrères signalait la fin du règne des médecins gastronomes. Rien n'est plus vrai. Mais, n'est-ce pas pousser un peu loin le trait dans ce tableau des mœurs contemporaines, que d'ajouter : « Ce qui est encore très-rare, ce qui même ne se voit plus, ce sont ces dîners de confrères réunis, les banquets de société savante, où les liens de confraternité se resserrent plus fortement qu'on ne le croit, etc.» L'isolement n'est pas aussi considérable que le pense notre honorable confrère; pour parler seulement de l'année qui débute, nous signalerons le banquet des membres de la Commission sanitaire, qui s'est terminé par une bonne œuvre : l'adoption d'un pauvre enfant; le banquet offert par le corps médical belge à M. le professeur Seutin, à son retour de la mission qu'il vient d'accomplir en Europe ; le banquet donné à M. Ricord par ses élèves, et auquel, afin de fêter plus dignement le maître, ils conviaient les illustrations de la Faculté de médecine et du corps médical des hôpitaux ; enfin, le banquet de la Société de médecine de Paris, dans lequel se trouvaient réunis seulement, suivant l'expression de M. Roux, non des membres de l'Institut, ni des professeurs de la Faculté, etc., mais d'honorables confrères. Comme ce n'est point par le confort culinaire que brillent ces banquets, ces réunions prouvent, que s'il y a moins de goût gastronomique dans la génération médicale actuelle, il y a plus d'esprit d'association et de cœur ; et cela est un progrès.

M. Orfila, qui avait été obligé d'interrompre son cours, vient de reprendre ses leçons devant un nombreux auditoire. A peine le professeur était-il dans l'enceinte de l'amphithéâtre, que les applaudissements les plus nombreux et les bravos ont éclaté de tous côtés. Lorsque le silence a été rétabli, M. Orfila s'est exprimé en ces termes : « A cet accueil bienveillant, si sympathique et si flatteur, je répondrai par les remerciements les plus sincères et par l'assurance de consacrer ce qui me reste de forces à votre instruction, afin d'aplanir, en ce qui me concerne, les obstacles que vous aurez à surmonter pour conquérir un titre que vous saurez honorer. J'ajouterai que, de toutes les positions, sans en excepter les plus élevées, aucune, à mes yeux, ne vaut celle que vous me faites en ce moment; aussi, comme chez moi la mémoire du cœur n'a pas encore faibli, je n'oublierai pas de sitôt la manifestation éclatante dont je viens d'être le témoin, et pour laquelle je vous rends de nouveau mille grâces. » Cette courte allocution a été couverte d'applaudissements.

Un nouveau concours, pour quatre places de médecin au Bureau central des hôpitaux, doit s'ouvrir le 3 mars prochain.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES SUR LA PATHOGÉNIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS PALUDÉENNES.

Par M. MICHEL LÉVY, inspecteur-membre du Conseil de santé des armées.

L'Académie vient d'être saisie pour la première fois de la grande question des succédanés des préparations de quinquina, non par la Commission qu'elle a chargée de cette intéressante étude, mais par le rapport de l'un de ses membres, M. Piorry, auquel elle avait renvoyé l'examen d'un Mémoire de M. Seelle-Mondézert ayant pour titre : « De l'emploi du sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes. »

Quelle est la valeur de la médication saline, sinon dans le traitement de ces fièvres graves et rebelles contractées au sein des foyers palustres, du moins dans celles qui se développent au printemps et en automne, par l'action des alternatives répétées des qualités atmosphériques contraires, concurremment avec les émanations qui s'élèvent du sol dans ces deux saisons? Tel était le point de thérapeutique soumis à l'examen de M. Piorry. Mais pour l'honorable professeur « la fièvre intermittente est une *entité*,— le type intermittent de la fièvre n'a aucune importance.—Ce qui doit seul préoccuper le clinicien, ce qui enfin est toute la maladie, c'est l'hypertrophie de la rate.—C'est en remédiant à l'état maladif de cet organe que le sulfate de quinine guérit les fièvres d'accès.—Enfin, il faut proportionner la quantité du médicament, non à l'intensité des accès, mais bien aux dimensions de la rate, etc. » On conçoit où cette prétendue étiologie organique des fièvres intermittentes devait conduire son auteur. Chargé par l'Académie d'étudier la valeur de la médication saline dans le traitement des fièvres intermittentes, M. Piorry a cru remplir sa mission en apportant des faits témoignant de l'action du sel sur l'intumescence de la rate. Il a été facile à M. Grisolle, on le comprend, de détruire les propositions pratiques tirées d'une semblable expérimentation.

Nous avons trop de fois combattu cette localisation de la fièvre intermittente pour croire nécessaire d'y revenir. Rien de plus antimédical, rien de plus antipratique qu'une semblable doctrine ; l'estime que nous avons pour le caractère élevé et pour le zèle infatigable de ce professeur ne nous a jamais empêché de le proclamer; tout en reconnaissant aussi que M. Piorry a droit à quelques éloges pour avoir tiré de l'oubli et avoir proclamé, plus hautement qu'on ne l'avait fait avant lui, cette concordance de la fièvre intermittente et du gonflement

de la rate, qui n'avait pas échappé au génie d'Hippocrate, mais avec cette différence, toutefois, que pour Hippocrate la tuméfaction de la rate n'était qu'*une suite, un accident* de la fièvre, dont la disparition simplifiait la maladie, tandis que s'il persistait, il aggravait l'état du malade, rappelait et perpétuait la fièvre.

Ajoutons que l'Académie entière partage cette dernière doctrine; nous en prendrons pour seul témoignage l'empressement et la faveur avec lesquels elle a accueilli les propositions émises par M. Michel Lévy. Il était du reste difficile, nos lecteurs vont le voir, de traiter cette question avec une plus grande élévation de vues, que ne l'a fait ce savant académicien. Voici ce discours remarquable :

L'une des conclusions qui terminent le rapport de l'honorable M. Piorry est ainsi formulée : « Dans les hospices civils et *militaires*, « dans les établissements de bienfaisance et de secours à domicile ; « dans les armées, et notamment en Algérie ; dans les pays pauvres, « tels que la Sologne et la Bresse ; dans les lieux, enfin, où les splénopathies sont endémiques et aussi fréquentes que sujettes à récidives, « l'emploi du sel marin peut être d'une immense utilité ; il peut diminuer considérablement les frais du traitement des fièvres d'accès, etc. »

Il y a là, comme vous le voyez, une sorte d'appel à la médecine militaire. Mon devoir est d'apprendre à l'Académie que cet appel a été devancé ; mais, avant d'exposer les résultats obtenus dans l'armée, je demanderai la permission de faire remarquer à l'honorable rapporteur que les hôpitaux militaires ne peuvent être rigoureusement classés parmi les établissements de charité publique. Les jeunes gens que la loi appelle annuellement sous les drapeaux ont droit aux soins qui leur sont donnés avec un si noble dévouement dans les établissements hospitaliers de l'armée ; l'Etat acquitte envers eux une dette sacrée, et par la préservation de leur santé, et par le traitement de leurs maladies. Cette différence, qui porte sur le principe même des institutions civiles et militaires, n'était pas inutile à noter ici, car elle marque la limite des préoccupations d'économie que permet le traitement des soldats malades ; elle fait comprendre dans quelle mesure la médecine militaire peut se prêter aux innovations et aux expérimentations. Le Conseil de santé des armées s'est toujours appliqué à étudier avec impartialité, à fixer avec prudence la limite sévère du progrès et du hasard dans la thérapeutique des hôpitaux militaires.

Quant au sel marin, tout médecin militaire peut le prescrire, sous sa responsabilité, dans le traitement des fièvres intermittentes, comme toutes les substances inscrites au formulaire de nos hôpitaux. Dès 1849, M. le docteur Colette, médecin en chef de l'hôpital militaire

de Béfort, l'a fait prendre à un certain nombre de fiévreux. Je n'ai point trouvé dans les documents du Conseil de santé de renseignements exacts sur les résultats que lui a fournis cette médication, mais ils n'ont pas dû répondre à son attente, puisqu'il y a renoncé. En 1850, pendant que j'étais encore médecin en chef du Val-de-Grâce, M. le docteur Cazalas, ancien professeur de cette école, y a donné le chlorure de sodium à sept malades atteints de fièvre intermittente ; 4 ont guéri ; 3 n'en ont retiré aucun avantage. Hâtons-nous d'ajouter que les fièvres qui ont guéri après l'administration du sel marin se sont remontrées en octobre et en novembre ; qu'en moyenne, ces quatre malades avaient éprouvé chacun six accès environ avant d'entrer à l'hôpital ; qu'après leur admission, ils ont eu encore quatre ou cinq accès fébriles, et que l'administration du sel marin n'a pas été suivie de la cessation immédiate des accès. La guérison a exigé trois doses de sel, et l'on a compté encore deux accès après la première dose ; la dose moyenne de chlorure de sodium a été de 39 grammes, et la quantité totale par traitement et pour chaque malade s'est élevée à 148 grammes.— Sur les trois cas de fièvre qui ont résisté au sel marin, deux étaient de première invasion, un seul était récidivé.

On voit que dans les quatre cas heureux la guérison n'a été obtenue qu'après le douzième ou treizième accès, dans la saison où les fièvres offrent à Paris le moins de résistance. Peut-on assurer qu'elle est due au sel marin ? N'est-on pas fondé à croire que les fièvres qui paraissent avoir cédé si tardivement au sel marin se sont épuisées spontanément? Mode de terminaison très-fréquent à Paris, même en été, et plus fréquent encore pendant l'hiver.

Que si l'on veut absolument faire honneur au sel marin de ces quatre guérisons lentes et laborieuses, on ne contestera pas au moins ces deux conclusions que nous tirons tout de suite : 1° au Val-de-Grâce, la proportion des guérisons aux insuccès a été de 4/7 ; 2° un fébrifuge dont l'action ne paraît assurée que dans cette proportion et se manifeste avec cette lenteur ressemble peu à un spécifique ; il ne saurait trouver place dans la thérapeutique des endémies palustres de l'Afrique ; son emploi y serait aventure et péril.

Au mois de juillet 1851, M. le docteur Herbin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Mont-Louis, a adressé au Conseil de santé deux observations de fièvre intermittente guérie par le chlorure de sodium ; la première se rapporte à une fièvre double quotidienne, accès le matin, accès le soir. La première dose de sel marin (20 grammes) provoque un vomissement et deux garderobes en diarrhée. Après trois doses, suppression de l'accès du matin ; celui du soir ne disparaît

qu'après la quatrième dose. Est-ce là un succès ? La seconde observation est trop incomplète pour autoriser une appréciation. Enfin, dans ma récente tournée d'inspection en Afrique, un médecin m'a déclaré avoir tenté sans succès l'emploi du sel marin ; la même déclaration a été faite par trois autres médecins des hôpitaux de la province d'Oran à mon honorable collègue M. Vaillant, qui inspectait cette province en même temps que je visitais celle de Constantine.

Je regrette de n'avoir pu prévoir cette discussion, et de n'avoir pas recueilli sur place des renseignements détaillés ; mais le fait de l'abandon du chlorure de sodium en Algérie est assez significatif. Soyez certains que, si nos médecins, qui ont l'esprit tourné à la recherche des succédanés du sulfate de quinine, avaient tiré quelque parti du sel marin, ils auraient insisté sur l'usage de cette substance et se seraient appliqués à la faire prévaloir.

Au demeurant, le sel marin a été essayé et abandonné par les médecins militaires, à Béfort, à Paris et dans trois ou quatre localités des provinces d'Oran et de Constantine ; il compte deux succès douteux à Mont-Louis, que son climat et sa situation ne sauraient ranger dans la catégorie des localités véritablement marécageuses.

Si les résultats de la pratique militaire infirment les propriétés fébrifuges que l'on prête au sel marin, les observations de M. Piorry sont au moins insuffisantes pour les démontrer ; je n'examinerai pas la méthode qui a présidé à ses recherches et à la rédaction de son rapport ; cette tâche a été remplie par notre collègue M. Grisolle, qui n'a rien laissé à faire à la critique ; il s'est souvenu fort à propos des préceptes que M. Chomel a si judicieusement développés dans le chapitre XIX de ses *Eléments de pathologie générale*, et il en a fait une stricte application à l'analyse du travail de M. Piorry. A ces principes régulateurs de l'expérimentation thérapeutique, je voudrais en ajouter un qui trouve ici sa place ; il est des médicaments qui ne peuvent être expérimentés partout avec la même efficacité ; il est des épreuves thérapeutiques qui ne deviennent complètes que dans certaines conditions de climat et de localité. Paris est-il un théâtre bien choisi pour juger à fond l'action des fébrifuges ? Est-ce dans les salles des hôpitaux civils de Paris que le médecin est autorisé à proclamer les succédanés du quinquina ? Vous savez, messieurs, qu'une Commission nommée par la Société de pharmacie de Paris est appelée, elle aussi, à prononcer sur la valeur de plusieurs substances ou préparations proposées comme succédanés du sulfate de quinine ; la plupart de ces médicaments paraissent avoir été essayés avec quelque avantage dans des localités de province où les fièvres sont bénignes ; l'un d'eux l'a

été à Paris, et, dit-on, avec succès. Le ministre de la guerre, sur l'avis du Conseil de santé, s'est intéressé à ce concours et a autorisé des épreuves, qui ont eu lieu simultanément à Perpignan, en Corse, et récemment sous mes yeux, à Rome ; eh bien ! messieurs, les résultats n'ont pas répondu à ceux de Paris. C'est qu'à Paris les fièvres d'origine locale ont peu de gravité, et celles qui y sont importées tendent à décroître, à s'éloigner ; les fièvres de première invasion, que j'ai traitées en si grand nombre pendant quatorze ans au Val-de-Grâce, n'ont offert qu'une minime proportion de cas rebelles ; elles cèdent, pour la plupart, à des médications variées ; le régime hygiénique, l'expectation ont souvent suffi pour les guérir. Les fièvres de Corse et d'Afrique s'améliorent rapidement à Paris ; rien n'est plus facile que d'en couper les accès ; ce qui résiste, c'est l'engorgement splénique, c'est l'anémie qui les accompagne, c'est l'état cachectique qui résulte de leur invétération ou de la fréquence et de l'intensité de leurs atteintes antérieures. Voici des chiffres que j'emprunte à un travail de M. le docteur Cazalas, adressé au Conseil de santé : sur 150 cas de fièvres traitées au Val-de-Grâce par l'expectation, par les amers ou par les évacuants, 130 ont guéri, et sur ces 130 malades guéris, 13 seulement ont présenté des rechutes. Sur 74 cas de fièvre soumis à l'action du sulfate de quinine, ce médicament n'a échoué qu'une seule fois ; or, en Corse, en Afrique, à Rome, l'efficacité du sel de quinine ne se manifeste pas dans cette proportion, et c'est là, comme vous le voyez, une contre-épreuve de la bénignité des fièvres observées à Paris. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, Paris n'est pas le terrain normal de l'expérimentation des fébrifuges. Je ne prétends pas que l'on ne puisse y réunir une somme de cas propres à vérifier leur action ; il se rencontre dans les hôpitaux civils et militaires des exemplaires de fièvre intermittente qui méritent de servir à la mesure du pouvoir fébrifuge de la quinine elle-même ; mais faire entrer dans l'expérimentation la série ordinaire des faits que chaque jour présente au hasard, c'est en compromettre les bases et justifier dès l'abord le doute qui s'attache aux conclusions.

Personne n'a plus d'estime que moi pour les travaux de M. Piorry, et la science inscrira son nom parmi ceux des médecins qui ont contribué à l'élucidation des problèmes du diagnostic médical ; mais s'il lui plaît de soutenir avec conviction une doctrine pyrétologique que les faits repoussent, il n'est pas autorisé à s'écarter des règles de l'expérimentation clinique. Il avait à étudier l'action du sel marin dans la fièvre intermittente, et il commence par la détermination de celle qu'il exerce sur la rate. Conclure de l'une à l'autre, c'est conclure de la

partie au tout, c'est confondre deux résultats thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement liés. Une pareille méthode ne sera acceptée que par ceux qui admettent, avec M. Piorry, que l'engorgement splénique est la cause organique de la fièvre. Nous prévenons l'honorable rapporteur que, parmi les médecins militaires qui observent sur une si grande échelle les endémies des pays chauds marécageux, pas un seul ne partage cette vue pathogénique. Pour eux, comme pour nous, l'intumescence de la rate est l'un des symptômes profonds, l'un des caractères anatomiques de la fièvre; elle représente d'une manière palpable les localisations congestionnelles que détermine l'état fébrile, et qui ne se bornent point à la rate. Aussi est-il des médicaments qui modifient le volume de la rate sans guérir la fièvre, et, réciproquement, on trouvera peut-être des fébrifuges qui resteront sans action sur cet organe. Tel est d'ailleurs assez fréquemment le sort du sulfate de quinine ; il suffit de visiter, pendant le règne des fièvres endémiques, l'un des hôpitaux de la Corse ou de l'Afrique, pour y rencontrer un grand nombre de malades qui se débarrassent de leur fièvre par le bienfait du sulfate de quinine et conservent des rates très-volumineuses. Sont-ils atteints de rechute, le même sel guérit encore leurs accès sans diminuer l'engorgement de leur rate. Cette lésion persiste ensuite indéfiniment sans ramener la fièvre. M. Piorry a prévu cette objection, et il explique la cessation des accès fébriles par les modifications profondes que la rate a éprouvées dans sa texture, par ses métamorphoses de tissu, par l'altération de sa trame nerveuse. Tous les termes de ce raisonnement sont contestables ; rien ne prouve que chez les individus à grosse rate, et qui n'ont plus d'accès fébriles, cet organe soit profondément altéré dans sa texture, et même métamorphosé. Nos médecins d'Afrique ont souvent l'occasion de vérifier le contraire par des ouvertures cadavériques. Sans doute la rate peut se montrer ramollie, indurée, etc. ; mais interrogez ceux qui ont observé sur les théâtres des grandes endémies palustres, le cas ordinaire est celui du simple engorgement splénique. Autre objection, non prévue par le savant rapporteur : il est des engorgements spléniques d'emblée; je veux dire non précédés de fièvre, et qui sont l'expression d'une sorte d'acclimatement exagéré. Dans les pays chauds et marécageux, tous les nouveaux venus ne subissent pas, suivant un mode uniforme, les effets de l'impaludation ; les uns, et c'est le plus grand nombre, réagissent et développent la série progressive des types fébriles, depuis la fièvre éphémère jusqu'à l'accès pernicieux, depuis l'intermittence la plus tranchée jusqu'à la continuité ; d'autres éprouvent graduellement, et sans troubles manifestes, une sorte d'impré-

gnation miasmatique ; ils s'altèrent dans leur constitution ; ils se décolorent ; ils arrivent à un état analogue à celui que les paysans de la Bresse désignent sous le nom de *traîne*. Si vous percutez, chez eux, l'hypocondre gauche, vous constatez la tuméfaction de la rate, quoiqu'ils n'aient pas eu la fièvre ; c'est là une forme lente de l'intoxication palustre.

Considérer la lésion splénique comme la cause des manifestations fébriles, c'est se refuser à la vue d'ensemble de tous les éléments d'un état morbide ; prendre l'engorgement de la rate pour la pierre de touche des fébrifuges, c'est déplacer la base de l'expérimentation clinique.

Mais en refusant à cette lésion l'importance pathogénique que lui accorde M. Piorry, et tout en reconnaissant qu'on l'observe dans d'autres affections qui n'ont point d'affinité constatée avec les fièvres de marais, nous la notons comme l'un des phénomènes organiques les plus constants qui coïncident avec les accès fébriles ; et sans disserter sur les dimensions mathématiques de la rate, sans faire valoir des différences de volume qui se traduisent en millimètres, nous affirmons que dans les fièvres intermittentes de récente invasion, et alors que la rate n'a pas encore subi d'altération permanente de texture et de volume, la percussion journellement exercée permet de vérifier le rapport de ses variations de dimensions avec l'état fébrile et l'apyrexie, souvent même avec le nombre et l'intensité des accès fébriles qui se succèdent. Que M. Piorry ait varié lui-même dans l'appréciation des dimensions normales de la rate, peu importe ; il n'est pas facile d'arriver exactement à ce genre de détermination, et l'on ne peut que louer les efforts persévérants d'un investigateur dont personne ne méconnaît la ferveur et l'habileté. Quoi qu'il résulte des expériences des physiologistes et des vétérinaires, c'est un fait depuis longtemps acquis à l'observation clinique que le gonflement de la rate sous l'influence des accès fébriles. Ce fait se montre plus constamment encore quand les accès se sont répétés, et il ne manque presque jamais chez les sujets atteints de la cachexie de marais. Hippocrate le signalait chez les habitants des rives du Phase, et il n'est pas un praticien des pays marécageux qui ne l'ait vérifié. Une mission officielle m'a conduit récemment dans trois pays également connus par la gravité de leurs endémies palustres : la Corse, que je revoyais pour la troisième fois, l'Algérie et le bassin de Rome. Partout j'ai constaté l'engorgement splénique chez les fébricitants et chez les malades qui, guéris de la fièvre, restaient pâles et débilités ; partout, quand la palpation ne suffisait pas pour le constater, la percussion avec ou sans plessimètre

le mettait hors de doute. Rien de plus fréquent dans ces contrées que le développement de la rate jusqu'au-dessous de l'ombilic, et à Rome, en Afrique, nous avons retrouvé, comme il y a vingt ans en Morée et il y a dix-sept ans à Calvi, des rates qui par leur bord inférieur atteignaient à la crête iliaque. Un fait si général ne paraîtra pas indifférent aux praticiens qui ont l'habitude de ne négliger aucun élément de diagnostic et de pronostic : gardons-nous d'en exagérer l'importance, mais évitons aussi de discréditer par une critique spirituelle les résultats même provisoires de la plessimétrie ; plus ou moins contestables quand ils affectent une précision que ne comporte point ce genre de recherche et que l'art n'exige point, ils ont cependant le mérite de fixer l'attention sur un signe diagnostique dont M. Grisolle a lui-même déduit d'excellentes indications.

Dans la question pratique qui a été soulevée à l'occasion du sel marin, M. Piorry n'a vu pour ainsi dire que l'état de la rate; je serais tenté de reprocher à M. Grisolle de s'être arrêté à la considération exclusive de la fièvre. L'état fébrile à différents types, comme l'intumescence splénique, n'est qu'un élément de l'endémie des pays marécageux ; il faut regarder au delà des fièvres bénignes qui guérissent, au delà des fièvres pernicieuses qui tuent en quelques heures : les unes, quoique faciles à couper, récidivent et finissent par altérer l'état général ; les autres, quand elles cèdent aux hautes doses de quinine, laissent dans l'organisme plus de traces qu'on ne pense et le tiennent longtemps sous l'imminence des rechutes. Pour avoir une idée complète de l'action des miasmes marécageux, il faut envisager la série entière des phases pathologiques que parcourent ceux qui restent exposés indéfiniment à leur influence ou qui ont subi d'emblée une imprégnation si énergique que, même après les accès guéris, ils ne cessent d'être malades et marchent, soit par des rechutes, soit par l'impulsion continuée de la première atteinte, vers l'état cachectique.

Or, le quinquina répond à la série des indications thérapeutiques parallèle à la série des phases pathologiques de l'endémie des marais; il n'en est aucune où, sous une forme quelconque, il ne trouve utilement sa place; si son alcaloïde est l'agent par excellence pour rompre l'enchaînement des accès fébriles, pour combattre la fièvre à type intermittent, rémittent et subcontinu, les diverses préparations qui contiennent toute la substance du quinquina, décoction, poudre, électuaire, extrait sec et mou, vin de quinquina, contribuent efficacement à relever les forces, à corriger l'inertie fonctionnelle du tube digestif, à prévenir les rechutes; beaucoup de nos médecins, en Afrique, préfèrent le quinquina au sulfate de quinine pour combattre les fièvres

récidivées, les fièvres invétérées, celles qui s'accompagnent d'anémie, d'atonie du tube digestif, etc. Le vin de quinquina est utilement employé à toutes les époques de la maladie endémique des pays marécageux.

Donc, quand on vient nous proposer un nouvel agent pour le traitement des fièvres de marais, il faut qu'il puisse remplacer non-seulement la quinine, mais le quinquina tout entier ; il ne suffirait pas que le sel marin fût un fébrifuge pour devenir un succédané du quinquina. Permis aux médecins qui n'ont à combattre que les fièvres intermittentes de Paris de se préoccuper exclusivement de la suppression des accès : ils ne sont pas témoins de ces fièvres rémittentes et subcontinues qui, après une durée de sept à quatorze jours, laissent à leur suite une débilitation profonde avec pâleur générale, signes certains de l'altération du sang et de l'atteinte du système nerveux ; ils n'ont pas à lutter contre les rechutes incessantes et la progression des phénomènes cachectiques. Anémie, torpeur, engorgement du foie et de la rate, diarrhée, œdèmes de la face et des extrémités, puis ascite et anasarque, hémorrhagies passives, quelquefois accidents scorbutiques ultimes, tels sont les caractères les plus saillants de cette cachexie, qui, lente à se produire dans nos climats, se multiplie en Afrique vers la fin de chaque saison épidémique et se prolonge en hiver.

Les hommes qui présentent ces divers degrés de délabrement, s'ils restent sur les lieux, sont des victimes désignées aux fièvres de l'été suivant. Pendant l'hiver, où la santé générale est excellente, beaucoup d'entre eux sont atteints d'épanchements pleurétiques, d'œdèmes pulmonaires, de pneumonies, qui n'offrent plus de prise à la thérapeutique. Voilà les malades qui font le désespoir de la médecine dans les pays chauds, marécageux, et que j'ai vus récemment en grand nom-à Philippeville, à Bone, à Batna, à Sétif et jusqu'à Biskra, mais nulle part plus détériorés et plus nombreux que dans l'insalubre presqu'île de Gigelli. Voilà des états morbides secondaires, tertiaires, qui dérivent d'une seule et même cause, l'impaludation, et qui se renforcent mutuellement. Un médicament qui ne serait que fébrifuge, comme le sel marin, répondrait-il à toutes leurs indications? — Non, parce que la fièvre, avec ou sans tuméfaction primitive de la rate, n'est que l'un des éléments du problème thérapeutique, comme elle n'est que l'un des côtés de la question pathologique. Fébrifuge et tonique, le quinquina, s'il n'est point le spécifique de l'affection palustre à tous les degrés, offre, tant par la complexité de ses principes que par ses divers modes d'appropriation pharmaceutiques, des ressources que

l'on a vainement cherchées jusqu'à ce jour dans une série innombrable de prétendus succédanés.

Le sel marin aura-t-il une meilleure fortune? Les observations de l'honorable M. Piorry auront le mérite de le signaler à l'attention des praticiens; mais en présence des résultats douteux ou négatifs que son usage a donnés aux médecins militaires, j'oserais conseiller à l'Académie de n'adopter provisoirement aucune conclusion qui engage l'autorité de son jugement, et je crois répondre à ses habitudes de haute réserve en lui proposant de renvoyer les documents qu'elle a reçus, et qu'elle pourra recevoir encore au sujet du sel marin considéré comme fébrifuge, à l'examen définitif de la Commission chargée de prononcer sur la valeur des succédanés du quinquina.

UN MOT ENCORE SUR LA QUESTION DES SUCCÉDANÉS DES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA. — CAS DE GUÉRISON D'UNE FIÈVRE INTERMITTENTE PAR UN LINIMENT TÉRÉBENTHINÉ.

L'intérêt que nous portons à la solution de cette importante question nous engage à y revenir; car, au tour que prennent les discussions ouvertes sur ce point, il est à craindre que nous soyons bien loin encore de cette solution tant désirée. Nous ne saurions trop le répéter, c'est sur la position même de la question qu'il faut insister. Il y a, en effet, deux points de vue auxquels on peut se placer : l'un, celui de la thérapeutique pure, parfaitement établi aujourd'hui et dont les recherches modernes n'ont abouti qu'à faire saillir davantage la vérité et le caractère absolu; l'autre, celui de l'application, variable comme celle-ci, devant s'accommoder, comme elle, aux exigences des temps et de la situation des malades.

Au point de vue thérapeutique, y a-t-il quelque chose de mieux établi que la supériorité du quinquina et de ses diverses préparations pour le traitement des fièvres intermittentes? Ces préparations ne répondent-elles pas, dans la majorité des cas, à toutes les indications que présentent ces fièvres, lors même qu'elles sont développées au sein des foyers palustres les plus actifs : interrompant avec certitude le cours des manifestations morbides, sous quelque forme qu'elles se présentent, mettant à l'abri, par leur usage suffisamment continué, des récidives et des rechutes, combattant efficacement les complications graves qu'entraîne après elle l'infection paludéenne? Le quinquina conserve donc encore aujourd'hui la première place, au moins comme médication principale. Cela ne veut pas dire que cette médication exclue toutes les autres, et nos lecteurs se rappellent certainement que, il y a

un mois à peine, nous signalions tout le parti que l'on peut tirer, dans les cas où l'infection palustre a abouti à la cachexie, de l'association des préparations ferrugineuses au quinquina. C'est là un précieux remède, que l'on ne saurait négliger dans l'occasion. Mais, à proprement parler, le nœud de la question n'est pas là précisément. Ce dont les médecins ont à se préoccuper aujourd'hui, ce n'est pas tant de ce qu'on peut appeler le meilleur traitement de la fièvre intermittente, au point de vue scientifique, que du meilleur traitement au point de vue pratique, au point de vue du malade, de sa position de fortune, de son idiosyncrasie, des états morbides qui compliquent la maladie principale, des obstacles enfin que peut rencontrer la médication principale. Savoir accommoder les moyens thérapeutiques aux exigences d'un cas donné, voilà ce qui constitue le véritable médecin.

Nous en appelons aux souvenirs de nos confrères : si les paysans se privent le plus ordinairement des secours de la médecine lorsqu'ils sont atteints de fièvre, cela ne tient-il pas à ce que leurs faibles ressources ne leur permettent pas d'acheter le seul remède que les médecins leur prescrivent partout et toujours, alors même qu'il a échoué? C'est ainsi que cet été, pendant un voyage que nous fîmes en Touraine, nous fûmes consulté par un pauvre jardinier, atteint d'une fièvre intermittente. Sur notre conseil d'aller voir son médecin : « Je m'en garderais bien, nous dit-il, parce qu'il ne manquerait pas de me prescrire du sulfate de quinine, qui couperait les accès sans amener une guérison définitive. J'en ai déjà dépensé pour cent francs depuis le commencement de l'année, c'est-à-dire la moitié de mes gages de l'année, et j'ai trois enfants, ajoutait-il. » Nous lui donnâmes la formule d'un liniment térébenthiné, consignée dans le *Bulletin* par M. Bellencontre (t. XXX, p. 366), en substituant seulement aux quatre grammes de laudanum le chloroforme à la dose de 10 grammes, comme suit :

PR. Huile essentielle de térébenthine..	100 grammes.
Chloroforme................	10 grammes.

Pour être employé en frictions sur la colonne vertébrale, matin et soir, pendant l'apyrexie, environ deux cuillerées à bouche chaque fois, en ayant soin de faire l'une des frictions une ou deux heures environ avant le paroxysme, et de les continuer une fois ou deux encore après la disparition complète des symptômes fébriles. Ce traitement enraya les accès, et la fièvre n'avait pas reparu six mois après.

Au point de vue économique, le médecin peut donc se trouver fort souvent obligé de s'éloigner momentanément de la médication principale, de la médication type, si l'on peut parler ainsi ; de faire appel soit aux

ressources que la Flore médicale peut lui offrir, et dont nous avons présenté l'ensemble dans ce journal (t. XL, p. 241), soit aux substances minérales d'un prix peu élevé, telles que l'arsenic (t. XXXIX), le sel ammoniac (t. XLI, p. 343); ou bien encore, si les circonstances l'exigent, peut-il, tout en conservant la médication quinique, essayer d'en diminuer les frais en associant cette médication aux préparations ferrugineuses (livraison du 15 janvier dernier, p. 8). C'est ainsi, pour notre part, que nous avons compris la conduite que le médecin doit tenir, et c'est dans le but d'être utile aux praticiens que nous avons fait passer successivement sous leurs yeux ces diverses médications.

En revenant aujourd'hui sur les bons effets qu'on peut obtenir du liniment térébenthiné dans les cas de fièvres intermittentes, ce n'est pas seulement pour obéir à un but économique, plus puissant auprès des praticiens des campagnes qu'auprès de ceux de la ville, mais aussi parce que, ainsi que nous l'indiquions plus haut, en présence de contre-indications formelles, la pratique de la médecine nous force quelquefois à remplir nos indications avec des moyens divers. N'y a-t-il pas des idiosyncrasies qui s'opposent à l'emploi des substances les plus efficaces et les mieux indiquées? Par exemple, la première fois que nous fîmes usage de ce liniment, ce fut sur la nièce d'un médecin des hôpitaux. Une dose ordinaire de sulfate de quinine avait provoqué les plus graves accidents, sans enrayer les accès de fièvre. Notre savant confrère était assez embarrassé. Ici, pas de répugnance, partant pas moyen de songer à l'administration du médicament par la voie rectale ou par la méthode iatraleptique. Nous l'engageâmes à recourir au liniment térébenthiné d'après la formule de M. Bellencontre.

Pr. Huile essentielle de térébenthine. . . . . 100 grammes.
Laudanum de Rousseau. . . . . 4 grammes.

Employé comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est-à-dire en frictions sur la colonne vertébrale, deux de ces frictions suffirent à la cure de la maladie.

A l'appui de l'emploi de ce liniment, nous rapporterons encore le fait suivant : le nommé Poirier, âgé de vingt ans, boulanger, est entré, le 11 février, dans le service de M. le docteur Aran, à l'hôpital de la Pitié. Ce jeune homme, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, avait contracté au mois d'août dernier une fièvre intermittente tierce, à Poitiers, ville qu'il habitait depuis près d'une année. Le 2 août, il fut pris d'une fièvre vive, avec violente céphalalgie, qui dura pendant trois jours ; le quatrième jour, plusieurs vomissements bilieux, et dans l'après-midi,

violent frisson qui se prolongea pendant trois heures, et qui fut suivi de chaleur et de transpiration pendant toute la nuit ; le lendemain, apyrexie complète ; mais le surlendemain, à la même heure, nouvel accès de fièvre aussi fort que le précédent. Le malade eut ainsi cinq ou six accès de fièvre tierce qui résistèrent à l'administration de pilules, très-probablement composées de sulfate de quinine. Ennuyé de ne pas guérir, il se rendit à Paris ; mais les accès ne furent nullement modifiés, ni dans leur intensité, ni dans leur réapparition, par le changement de lieu. Très-probablement, la santé générale n'en avait pas beaucoup souffert ; car il continua son travail, et ce ne fut que vers le milieu du mois de septembre qu'il commença à prendre du sulfate de quinine sur l'avis d'un médecin des hôpitaux. Il en continua l'usage pendant quarante jours, et ce traitement ne lui coûta pas moins de *cinquante francs*, seulement en achat du fébrifuge. Les accès ne furent nullement coupés par le sulfate ; ils allèrent en décroissant très-lentement, pour disparaître vers le commencement de novembre. Pendant tout le mois de novembre, le malade se porta parfaitement ; mais vers le 4 ou le 5 décembre, il fut pris pendant trois jours de céphalalgie, et à la suite, les accès reparurent sous le même type que précédemment, à la même heure de l'après-midi, seulement moins forts que la première fois. Après avoir attendu patiemment, pendant huit ou dix jours, que les accès disparussent d'eux-mêmes, le malade se décida à prendre du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme par jour ; mais après huit ou dix jours, force lui fut d'y renoncer, à cause des coliques et de la constipation déterminées par l'emploi du fébrifuge. Après quelques jours de repos, il en reprit encore ; mais, chaque fois, il était forcé de suspendre après quelques jours, à cause des effets fâcheux qu'il ressentait de l'usage du sulfate de quinine. Ce traitement n'eut, du reste, aucune influence sur la fièvre ; les accès ne furent pas modifiés, et la fièvre ne manqua pas une seule fois. Dans ces circonstances, le malade, qui sentait ses forces faiblir, et qui avait maigri notablement, se décida à entrer à l'hôpital le 10 février. Dans la soirée, l'interne du service constata un accès fébrile des mieux caractérisés.

Le lendemain, 11 février, il était complétement sans fièvre ; la peau bonne, sans chaleur ; le pouls à 72, médiocrement développé ; la langue humide, blanche, sans enduit ; pas de soif, appétit médiocre, ventre indolent, selles régulières. La face était assez colorée ; cependant, au pourtour des yeux, de la bouche et des ailes du nez, il y avait une teinte jaune notable. Le foie dépassait le rebord des fausses côtes d'au moins un travers de doigt ; la rate avait neuf centimètres en hauteur

et dépassait les fausses côtes ; léger bruit de souffle intermittent dans les vaisseaux du cœur ; prolongation du premier bruit à la base du cœur.

M. Aran nous ayant raconté les particularités de l'histoire de ce malade, et nous ayant fait part de l'intention où il était de le soumettre à l'emploi du sel ammoniac, afin de voir si cet agent réussirait mieux que le sulfate de quinine, nous lui conseillâmes de voir s'il ne pourrait pas suspendre les accès par les frictions sur la colonne vertébrale, dont nous avons donné plus haut la formule et le mode d'emploi. Effectivement, le 13 février, une heure avant l'accès, des frictions furent faites sur la colonne vertébrale avec le liniment suivant : essence de térébenthine, 100 grammes ; chloroforme, 5 grammes. Ces rictions furent continuées pendant dix minutes, faites par une main vigoureuse, et l'on employa deux cuillerées à bouche du liniment. Néanmoins, l'accès reparut à l'heure habituelle ; mais il fut plus court de deux heures que les précédents.

Le 14, jour d'apyrexie, pas de traitement. Le 15, une heure avant l'accès, frictions avec le liniment sur la colonne vertébrale. L'accès fut retardé de quatre heures ; il fut aussi intense que le précédent. A partir de ce moment, les frictions furent faites tous les jours, à trois heures de l'après-midi. Le 17, l'accès manqua ; il y eut seulement un peu de malaise vers quatre heures et demie, pendant une demi-heure environ, consistant en céphalalgie, tournoiement de tête, sans chaleur à la peau, sans refroidissement, sans envie de vomir, sans transpiration. Le 19, pas d'accès non plus : un malaise très-léger à quatre heures et demie, pendant une demi-heure au plus. Le 21 et le 23, l'accès a manqué également, et le malaise a été presque nul. Dès le 22, le malade voulait quitter l'hôpital; mais M. Aran l'a conservé encore quelques jours, dans la crainte des rechutes. Depuis le 20, il a été mis à l'usage du persesquinitrate de fer, à la dose de trois cuillerées à bouche, dans le but de combattre les phénomènes de cachexie. Tout fait espérer que la guérison sera solide et durable.

Un mot maintenant sur les indications de ce traitement ; car c'est par là que pèchent habituellement les auteurs des formules. C'est principalement dans les fièvres intermittentes chroniques, rebelles ou récidivantes, que ce liniment nous a donné les meilleurs résultats, en particulier dans celles qui sont accompagnées de sensibilité sur un point de la colonne vertébrale. C'est même cette dernière circonstance qui nous a porté à substituer le chloroforme au laudanum de Rousseau, qui entre dans la formule de M. Bellencontre. Le fait de notre jardinier appartenait à ce dernier ordre ; le doigt promené le long de la colonne vertébrale révélait un point douloureux dans la région dorsale ;

mais ce point douloureux n'existe pas dans tous les cas, à beaucoup près, et cependant le succès n'a pas fait défaut, témoin la jeune fille dont nous avons parlé, et le malade sur lequel M. Aran nous a fourni un nouvel exemple de guérison par cette médication.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA VALEUR DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CAS D'ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE.

Quelle est la valeur de cette opération dans l'angine laryngée œdémateuse? Quelles sont les circonstances dans lesquelles on peut y avoir recours avec le plus de chances de succès? A quelle époque convient-il de pratiquer cette opération? Quelle méthode opératoire convient-il d'adopter? Telles sont les principales questions examinées par M. Sestier, dans un Mémoire intéressant qu'il a lu à l'Académie de médecine, et dont nous croyons utile de faire passer la substance sous les yeux de nos lecteurs.

Relativement aux indications de la bronchotomie dans l'angine laryngée œdémateuse, M. Sestier établit que l'on doit opérer dans les circonstances suivantes : 1° lorsque l'angine infiltro-laryngée est liée à une inflammation aiguë de la gorge; car dans cette forme, l'opération a réussi dans les trois quarts des cas environ, et même dans les quatre cinquièmes, lorsque l'inflammation de la gorge, survenue chez des individus bien portants, était légère ou de médiocre intensité; 2° lorsque cette infiltration reconnaît pour point de départ une angine laryngée érythémateuse; 3° lorsque avant l'invasion de l'angine œdémateuse le larynx était sain; 4° lorsqu'elle est survenue chez des individus auparavant bien portants; et même, 5°, lorsqu'elle est consécutive à de graves altérations du larynx, telles qu'on les trouve dans la laryngite dite sous-glottique ou nécrosique, ou dans la laryngite chronique; 6° lorsqu'elle s'est développée chez des individus convalescents de maladies diverses; 7° enfin, lorsqu'elle est survenue dans le cours de diverses maladies. A l'aide de la bronchotomie, ajoute avec grande raison M. Sestier, on ne se propose pas toujours d'assurer la guérison définitive des malades, mais aussi de prolonger leur existence, dans le cas où l'affection qui a précédé l'angine œdémateuse serait regardée comme décidément au-dessus des ressources de la nature et de l'art. Il n'est pas permis de laisser périr un malade dont on peut prolonger la vie, ne fût-ce que de quelques jours. Dans le cas d'affection chro-

nique, l'opération ne peut guère en accélérer la marche. Les douleurs de l'opération ne peuvent entrer en parallèle avec les angoisses qui précèdent la mort des malades atteints d'angine œdémateuse. Connaît-on les ressources souvent imprévues de la nature ? et ne peut-on pas concevoir, dans un grand nombre de cas, le légitime espoir d'assurer le salut des malades à l'aide d'un traitement plus actif, plus éclairé ou mieux combiné que celui auquel, en général et jusqu'à présent, on a eu recours après l'opération ? Ajoutons, enfin, qu'on ne compromet pas une opération lorsqu'on a le soin d'en annoncer hautement le but et les résultats probables.

Mais à quelle époque convient-il d'opérer? Doit-on le faire aussitôt que l'angine laryngée œdémateuse est reconnue? ou bien doit-on attendre que des accès de suffocation violents et bien caractérisés aient eu lieu, ou même que l'état d'asphyxie soit tellement avancé qu'il soit absolument hors de doute que le malade succombera prochainement, si on ne le soumet pas à cette opération? Evidemment, il y aurait inconvénient à trop se presser de recourir à l'opération; car M. Sestier a réuni vingt-huit cas dans lesquels les symptômes ordinaires, très-souvent même le signe pathognomonique de la maladie, avaient existé, et qui cependant se sont terminés par guérison, sans bronchotomie, sous l'influence d'un traitement varié suivant la forme de l'affection. Mais les inconvénients seraient bien autrement grands, si l'on attendait l'asphyxie : le malade succomberait pendant l'opération elle-même, ou peu après ; l'économie ne se relèverait pas de l'état d'affaissement et de stupeur dans lequel elle aurait été plongée, et les grands appareils, imprégnés d'un sang mal artérialisé, ne pourraient plus se dégager de son influence délétère.

A quelle époque convient-il donc d'opérer ? Si, malgré les moyens de traitement les plus efficaces, et qui auront été employés simultanément ou coup sur coup, dit M. Sestier, la respiration s'embarrasse davantage ; si le murmure respiratoire, attentivement suivi à l'aide de l'auscultation, s'affaiblit de plus en plus, circonstance de la plus haute valeur; si, la maladie étant de forme continue, la suffocation s'aggrave de moment en moment ; si les accès de suffocation, s'ils existent, deviennent plus intenses, plus rapprochés et plus longs, et la respiration plus gênée dans leur intervalle; si des accès de violente suffocation succèdent à une dyspnée continue qui n'a fait que s'aggraver ; si des accès violents de suffocation font place à une orthopnée continue et croissante ; en d'autres termes, si la maladie s'aggrave d'une manière rapide, malgré l'emploi d'un traitement éclairé et énergique, l'opération est indispensable; et il vaudrait mieux opérer plus tôt que plus tard, puisque,

d'une part, les chances de succès seront ultérieurement d'autant plus grandes, que l'on aura eu recours plus tôt à l'opération, et que, d'une autre part, cette opération, pratiquée suivant les règles de l'art, est en général peu dangereuse. Il est enfin, dit M. Sestier, des circonstances particulières qui doivent faire hâter le moment de l'opération. Et notre honorable confrère en signale quatre principales : 1° la faiblesse des malades à l'époque de l'invasion de l'angine œdémateuse ; 2° la présence dans le larynx de lésions profondes antérieures à cette angine ; 3° l'existence de l'œdème dans l'intérieur même du larynx ; 4° l'infiltration rapidement croissante des parties molles du cou.

Le seul point sur lequel nous ne sommes pas entièrement d'accord avec M. Sestier, c'est relativement à la méthode opératoire. Notre honorable confrère préfère la crico-trachéotomie à la trachéotomie et à la cricotomie. Nous sommes du même avis que lui pour la cricotomie ; mais la trachéotomie, que nous avons vu pratiquer plusieurs fois dans des cas de ce genre, ne nous a paru présenter ni les difficultés ni les dangers sur lesquels insiste longuement notre confrère. En résumé, on remarquera que deux points principaux résultent du consciencieux travail de M. Sestier : l'efficacité de la bronchotomie dans l'angine laryngée œdémateuse, surtout dans la forme primitive de cette affection ; la nécessité d'y avoir recours de bonne heure, avant le développement des phénomènes asphyxiques, et dès que, malgré le traitement employé, les accidents marchent en augmentant d'intensité. Nous avons recueilli, il y a quelques mois, dans le service de M. Aran, à l'hôpital Necker, un fait qui confirme pleinement les deux propositions principales établies par M. Sestier dans son Mémoire :

Au n° 13 de la salle Saint-Jean, hôpital Necker, service de M. Aran, était entré, le 7 août, le nommé X..., âgé de quarante-quatre ans, chiffonnier. Cet homme, d'une constitution forte et robuste, d'un tempérament sanguin, faisait remonter les accidents qu'il éprouvait à une dizaine de jours. A la suite d'une longue course, et après avoir porté une très-lourde charge, il avait eu l'imprudence de boire, étant en sueur, de l'eau très-froide. Presque immédiatement il fut pris de frissons, et, dans la soirée, la voix commença à s'altérer et la respiration à devenir sifflante. Il ne fit d'abord aucune attention à ces symptômes ; mais la gêne de la respiration faisant continuellement des progrès et la voix prenant de plus en plus un timbre rauque et enroué, il se décida à entrer à l'hôpital.

Tel était l'état de gêne de la respiration chez cet homme, à son entrée à l'hôpital, que l'interne de garde crut devoir lui faire administrer immédiatement un vomitif, ce qui lui procura un soulagement no-

table ; néanmoins, le lendemain, à la visite du matin, on constatait que l'inspiration était courte, bruyante, et l'expiration sifflante et prolongée ; en même temps, la voix, sans être éteinte, présentait une raucité remarquable. Le malade indiquait le larynx comme le siége principal de sa maladie ; il ne toussait pas, ne crachait pas ; la percussion donnait un son clair dans toute l'étendue de la poitrine ; mais l'auscultation faisait reconnaître que l'air ne pénétrait que très-incomplétement les vésicules pulmonaires. A peine si le bruit de l'inspiration se produisait, tandis que l'expiration était prolongée et un peu sifflante. Le stéthoscope, appliqué au niveau du cartilage thyroïde, permettait de percevoir un sifflement rude pendant l'inspiration et l'expiration, plus marqué cependant dans cette dernière ; au-dessous du larynx, l'auscultation des tuyaux aériens montrait que la respiration était faible. Le fond de la gorge, piliers et luette, pharynx, était le siége d'une rougeur intense; en abaissant la base de la langue, on apercevait l'épiglotte dressée, turgescente, rouge et semblable à une fraise. Le doigt, porté profondément dans l'arrière-gorge, faisait reconnaître la tuméfaction considérable de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le contact du doigt était suivi d'accès de suffocation et d'une toux rauque, ainsi que d'une altération plus profonde de la voix. Du reste, toutes les fonctions étaient en très-bon état.

Le diagnostic n'était pas douteux : c'était à une laryngite œdémateuse aiguë que l'on avait affaire. En conséquence, M. Aran crut devoir employer d'abord un traitement antiphlogistique. (Saignée du bras, 8 sangsues sur les parties latérales et supérieures du larynx, émétique en lavage.) Il y eut un peu de soulagement ; néanmoins, le malade fut soulagé davantage par l'application d'un vésicatoire, qui eut lieu le 9 août. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée ; l'altération du timbre de la voix ne fut que peu modifiée, et, quant à la gêne de la respiration, loin de diminuer, elle augmenta peu à peu, surtout pendant la nuit, de sorte que le malade passait une partie des nuits levé et à la fenêtre. Du 9 août au 15, on ne cessa de lui faire prendre tous les jours un vomitif (1.50 d'ipécacuanha et 10 centigrammes de tartre stibié).

Ce traitement n'eut aucun résultat, et dans la nuit du 15 au 16 les accidents furent assez inquiétants pour qu'on fît part au malade de la nécessité où l'on serait probablement de lui faire avant peu la trachéotomie. On y renonça provisoirement, parce que son état s'améliora un peu à la suite d'une promenade en plein air; néanmoins dans la nuit du 16 au 17 et dans celle du 17 au 18, il y eut plusieurs accès de suffocation. Dans ces circonstances, M. Aran n'hésita plus : il fit prier

M. Lenoir, chirurgien du même hôpital, de venir voir le malade et de lui pratiquer, s'il le croyait utile, l'opération de la trachéotomie. M. Lenoir fut de cet avis ; mais le malade, qui avait d'abord paru décidé, se refusa obstinément à l'opération.

M. Aran n'insista pas davantage, pensant que le retour des accident ébranlerait probablement cette fâcheuse résolution ; il en fut ainsi qu'il l'avait prévu ; malgré l'administration d'un nouveau vomitif dans la journée du 20, la nuit suivante fut affreuse pour le malade, et à diverses reprises il fut pris d'accès de suffocation tels qu'on craignit de le voir périr. Aussi le lendemain acceptait-il l'opération, et en l'absence de M. Lenoir, elle lui fut pratiquée par M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades.

Cette opération ne présenta d'autre particularité que la présence de deux grosses veines thyroïdiennes situées sur les parties latérales de la trachée, que M. Guersant repoussa sur les côtés avec l'ongle, avant d'ouvrir le canal aérien ; l'écoulement de sang fut médiocre et il n'y eut pas une seule ligature à pratiquer. La canule double fut introduite et maintenue sans difficulté; immédiatement la respiration devint facile et le malade exprima par ses gestes la satisfaction qu'il ressentait ; il dormit bien la nuit, et dès le lendemain il mangeait une portion ; les accès de suffocation ne reparurent plus. L'amélioration fut si rapide que M. Guersant n'hésita pas à enlever la canule le 24, c'est-à-dire le quatrième jour. La cicatrisation de la plaie marcha avec une grande rapidité. Dès le 1er septembre, le malade respirait en grande partie par la glotte, et le 7 septembre, la cicatrisation de la plaie extérieure était complète. Seulement la voix est restée enrouée, et l'inspiration comme l'expiration, sans être difficiles ni accompagnées de gêne, produisent un bruit particulier. Dès le 7 septembre, on pouvait constater aussi, tant par l'inspection de la gorge que par le toucher, que le pharynx n'était plus rouge, que l'épiglotte avait beaucoup diminué de volume, ainsi que les replis aryténo-épiglottiques.

Le malade a été encore gardé à l'hôpital jusqu'au 17 pour être bien sûr que les accès de suffocation ne se reproduiraient pas. A sa sortie, la voix est encore altérée, le passage de l'air est encore un peu bruyant à la partie supérieure du larynx, et le bruit inspiratoire pulmonaire est moindre qu'à l'état normal, l'expiration un peu prolongée ; mais, en somme, le malade est très-bien, et il se considère lui-même comme entièrement guéri.

Cet article était imprimé lorsque nous avons trouvé dans le Journal de médecine de Bordeaux un fait trop intéressant, surtout au point de vue de la question qui nous occupe, pour ne pas lui donner ici une place.

Ce fait est en même temps un exemple d'insuccès des scarifications pratiquées sur l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques dans la laryngite œdémateuse; mais pour être vrai, nous devons ajouter que ces scarifications firent cesser les accidents pendant vingt-quatre heures, de sorte qu'on se demande si de nouvelles scarifications n'auraient pas été suivies d'une modification aussi heureuse dans l'état du malade, et peut-être même de guérison. C'est donc sous toutes réserves, et sans en rien conclure contre la valeur des scarifications dans le traitement de cette maladie, que nous rapportons le fait suivant :

Le nommé Bertéchet, âgé de trente-quatre ans, marin, entra à l'hôpital Saint-André le 28 novembre 1851. Cet homme, fortement constitué, quoiqu'un peu maigre, avait contracté, en 1848, la fièvre intermittente sur les côtes d'Afrique, et cette fièvre, suivie de plusieurs récidives, lui avait laissé une petite toux sèche, sans douleur de côté. C'était depuis lors que le timbre de sa voix était devenu moins sonore, et qu'il avait un peu maigri, sans avoir cependant rien éprouvé qui pût le gêner dans l'exercice de sa profession. Au mois d'octobre dernier, mois humide et froid, la toux augmenta et prit les caractères d'une bronchite aiguë légère ; pas de douleur au niveau du larynx, ni aux angles de la mâchoire ; pas de gêne de la déglutition ; mais dans la nuit du 19 au 20 novembre, le malade fut éveillé par une sorte de suffocation ; gêne considérable de la respiration, toux quinteuse et convulsive, accompagnée de douleur au larynx et aux angles de la mâchoire. Pendant toute la nuit, le malade ne put dormir et resta assis sur son lit, afin d'aspirer l'air avec plus de facilité.

A son entrée à l'hôpital, on constata l'état suivant : orthopnée, voisine de l'asphyxie ; face livide, lèvres bleuâtres, commissures labiales légèrement spumeuses ; voix complétement éteinte ; de temps en temps, le malade portait la main au devant du cou, indiquant qu'il éprouvait vers ce point une vive douleur. Pendant l'inspiration très-pénible et sifflante, tous les muscles inspirateurs se contractaient avec beaucoup d'énergie ; ailes du nez largement dilatées ; tête rejetée en arrière ; sterno-mastoïdiens tendus; poitrine fortement soulevée, et cependant l'air traversait péniblement, et en très-petite quantité, le larynx ; l'expiration, au contraire, était assez facile ; son clair à la percussion ; râles sibilants et muqueux, retentissement considérable du bruit laryngien, et absence presque absolue du murmure vésiculaire ; palpation du larynx et des parties latérales du cou très-douloureuse. Rougeur très-prononcée du voile du palais, de ses piliers et de ses amygdales, principalement de la droite ; en un mot, de tout le pharynx ; luette un peu œdémateuse; l'extrémité du doigt, introduite dans

le fond de la gorge, fit reconnaître l'épiglotte considérablement tuméfiée, rigide, cylindrique, et la tuméfaction se prolongeant sur les replis aryténo-épiglottiques; le pouls battait de 108 à 112 pulsations par minute.

Après une saignée de 500 grammes, qui ne fut pas suivie d'une amélioration bien sensible, M. Dupuy, chef interne de l'hôpital, auquel nous devons cette curieuse observation, songea à pratiquer des scarifications, et ensuite la cautérisation de l'ouverture supérieure du larynx. Le malade placé sur une chaise, la bouche maintenue béante avec un bâillon, en se servant tantôt d'un bistouri étroit caché dans une sonde en gomme élastique, tantôt du pharyngotome de J. L. Petit, à lame cachée dans une gaîne d'argent, ce médecin fit successivement cinq larges et profondes scarifications sur la face antérieure de l'épiglotte, sur ses bords, enfin aussi profondément que possible sur les replis aryténo-épiglottiques. Chaque scarification fut suivie de suffocation, de mouvements convulsifs tels, qu'il eût été impossible de continuer l'opération sans retirer l'instrument; chaque fois le malade rendit des crachats de sang assez abondants. Remis au lit environ quatre minutes après la dernière scarification, la respiration était déjà plus libre ; d'ailleurs, la manœuvre avait été si pénible et si douloureuse, la fatigue si grande, que M. Dupuy ne jugea pas la cautérisation possible ; il se borna à prescrire un vomitif qui détermina d'abondants vomissements mêlés de sang.

Dans l'après-midi, l'amélioration était des plus évidentes ; il ne restait plus que les symptômes de la laryngo-bronchite. (20 sangsues aux angles de la mâchoire ; un large vésicatoire au devant du sternum.) A onze heures du soir, même calme ; la respiration n'était plus bruyante, le murmure vésiculaire avait reparu. Même état le lendemain matin ; seulement, la fièvre continuait ; douleur au larynx et au pharynx, pendant la déglutition surtout. (Vésicatoire à la nuque.) A midi, la respiration devint plus gênée. On appliqua des sinapismes ; mais la gêne de la respiration augmentait, l'inspiration surtout redevenait difficile et sifflante. Malgré l'application de vingt sangsues autour du cou, malgré une potion émétisée, les accidents marchaient si rapidement que l'asphyxie était imminente vers six heures du soir, lorsque M. Dupuy fut appelé. La trachéotomie était évidemment alors la seule voie de salut. Le malade avait la tête un peu rejetée en arrière, afin d'élever le larynx et de faciliter l'incision des téguments, en commençant au niveau du cartilage thyroïde, lorsque M. Dupuy s'aperçut que la respiration était à peu près suspendue. Plonger le bistouri droit dans la trachée, diviser le premier anneau, le cartilage cricoïde et la mem-

brane crico-thyroïdienne fut l'affaire d'un instant ; mais l'anneau cricoïdien se laissant difficilement élargir, l'introduction de la canule présentant des difficultés, force fut d'agrandir l'ouverture, en incisant deux ou trois autres anneaux de la trachée.

La canule introduite dans la trachée, au-dessous du cartilage cricoïde, le malade ne donnait plus signe de vie ; cependant, depuis l'incision de la peau jusqu'au moment où la canule avait été mise en place, il ne s'était pas écoulé trente secondes. Sans perdre de temps, M. Dupuy insuffla avec force et par saccades de l'air dans la canule ; il y joignit des pressions sur le sternum et sur les côtes, des frictions à la région précordiale ; l'interne du service appliqua ses lèvres à la canule et en retira, par de fortes aspirations, quelques mucosités sanguinolentes ; enfin, après trente secondes environ d'une pénible attente, il se fit une expiration presque insensible. Quelques secondes après, légère inspiration suivie, cette fois, d'une expiration qui amena l'expulsion par la canule de quelques mucosités mêlées de sang noirâtre. Peu à peu, cependant, les mouvements de la respiration se rétablirent ; on commença à entendre le bruit vésiculaire, mêlé de râles muqueux et sibilant ; fortes quintes de toux, qui expulsaient toujours par la canule des mucosités sanguinolentes, quelquefois même du sang rouge vermeil. La membrane crico-thyroïdienne avait été divisée, et probablement avec elle la petite artère qui porte ce nom. M. Dupuy essaya et réussit à arrêter l'hémorrhagie, à l'aide de la compression pratiquée au moyen de mèches de charpie sèche, placées dans la plaie autour de la canule, introduites par là jusque sur la membrane crico-thyroïdienne même, et maintenues avec la plaque de la canule pendant une demi-heure.

L'introduction d'une canule plus forte que la première avait reproduit l'hémorrhagie, qui fut arrêtée de nouveau ; néanmoins le malade entra, à partir de ce moment, dans une période plus favorable, sauf que la fièvre persista, même très-vive, pendant une semaine. Trois jours après l'opération, il survint une gêne beaucoup plus grande de la respiration ; une partie des liquides ingérés pénétrait dans la trachée et ressortait par la canule ou sur ses bords ; néanmoins, on put constater ce jour-là que la respiration se faisait par le larynx. La bronchite, qui s'était exaspérée, vint ajouter à la gravité de la maladie, et nécessiter un traitement particulier. Cependant la canule fut enlevée le 25 octobre. La plaie était complétement fermée le 3 novembre et cicatrisée le 10. Il restait encore des signes de bronchite, pour lesquels le malade séjourna encore à l'hôpital jusqu'au 17 novembre, sans avoir éprouvé de nouveaux accidents du côté du larynx.

CHIMIE ET PHARMACIE.

MOYEN DE RECONNAITRE LA PRÉSENCE DU CHLOROFORME DANS LE SANG ET DANS LES PRINCIPAUX VISCÈRES ; SENSIBILITÉ REMARQUABLE DE CE PROCÉDÉ.

Ainsi que nous l'avons promis, nous avons aujourd'hui l'intention de revenir sur le procédé suivi par MM. Tourdes, Rigaud et Caillaud dans l'analyse chimique à laquelle ces professeurs se sont livrés pour rechercher la présence du chloroforme dans le sang et dans les viscères extraits du corps de la dame Simon. Voici en quels termes ce procédé est décrit dans leur rapport médico-légal :

Un gazomètre communiquait à l'aide d'un tube de verre avec une cornue tubulée qui renfermait les matières à examiner ; ce tube plongeait au fond de la cornue. De cette cornue partait un tube de verre aboutissant à un tube de porcelaine rempli de fragments de même matière. A ce tube était adapté un tube à trois boules, contenant une solution de nitrate d'argent. Un courant d'air de sept à huit litres a traversé dans chaque opération les matières à examiner, à l'effet d'entraîner à l'état de vapeur le chloroforme qu'elles pouvaient conteuir. Le tube de porcelaine étant chauffé au rouge, le chloroforme se décomposait sous l'influence de la chaleur, et la présence de l'acide hydrochlorique et du chlore libre était annoncée par un précipité qui se formait dans la solution de nitrate d'argent. Le tube de porcelaine avait été chauffé au rouge à l'effet de décomposer le chloroforme que le courant d'air aurait pu entraîner, et la solution de nitrate d'argent, se troublant ou restant claire, offrait la réaction qui caractérisait la présence ou l'absence du chloroforme. Des essais comparatifs furent faits sur du sang et sur des organes provenant de cadavres humains et d'animaux ; dans chaque opération, pour éviter toute cause d'erreur, l'appareil fut d'abord éprouvé avec du sang et des portions de viscères qui ne renfermaient pas de chloroforme, puis avec du sang d'animaux qui avaient été soumis aux inhalations de chloroforme et d'un homme amputé de la jambe après chloroformisation ; et dans ces derniers cas, la solution de nitrate d'argent donna un précipité abondant. Traités de même, 50 grammes de sang, extraits du corps de Mme Simon, troublèrent au bout de quelques instants la solution de nitrate d'argent d'une manière très-manifeste. Une certaine quantité de poumon, extraite du corps de Mme Simon, coupée en fragments très-petits, comprimés avec force, mêlés à l'eau distillée et introduits dans l'appareil, une portion de la rate, et

le sang putride provenant du vase dans lequel les viscères avaient été conservés ; des fragments de rate, de foie, des reins extraits du corps de la dame Simon produisirent la même réaction ; de sorte que les auteurs du rapport n'hésitèrent pas à affirmer la présence du chloroforme.

Ainsi ce procédé d'analyse repose sur deux bases fondamentales : la présence en nature du chloroforme dans le sang et dans les divers organes de l'économie; la possibilité d'en démontrer l'existence par la nature des matériaux qui résultent de sa décomposition. Le premier fait ne saurait être contesté aujourd'hui : le chloroforme est non-seulement absorbé sans altération, mais encore il ressort très-rapidement de l'économie, principalement par les voies respiratoires, ainsi que M. Snow, l'auteur de recherches remarquables sur les anesthésiques, s'en est assuré par des expériences faites sur lui-même, expériences qui lui ont montré que, même lorsque l'inhalation n'a été que de 10 gouttes de chloroforme, cette élimination, qui commence immédiatement après la cessation des inhalations, n'est pas encore terminée vingt-cinq minutes après. Quant au second fait, il est bien vrai que le procédé d'analyse suivi par les experts de Strasbourg, et qui rappelle celui mis en usage par M. Soubeiran, ne met pas à nu le chloroforme avec toutes ses propriétés, mais seulement les éléments qui résultent de sa décomposition, acide chlorhydrique et chlore, qui réagissent sur la solution de nitrate d'argent. Il en est de même du reste de plusieurs autres procédés d'analyse chimique, de ceux qu'on applique par exemple journellement à la recherche des préparations mercurielles ou arsenicales et qui ne nous font retrouver ces préparations qu'à l'état métallique. La question se réduit donc à savoir si, par ce procédé, on peut développer dans quelques circonstances, et en dehors de la présence du chloroforme, des produits semblables à ceux qui résultent de la décomposition de ce dernier corps. Or, bien qu'il y ait dans l'économie des chlorures susceptibles de se décomposer, cette décomposition n'ayant lieu qu'à une très-haute température et seulement après arrivée de la solution à siccité, il s'ensuit que toute chance d'erreur est impossible, d'autant plus qu'on peut essayer d'abord l'appareil par précaution avec d'autres substances animales de même nature ou analogues, ainsi que l'ont fait si judicieusement les experts de Strasbourg.

C'est avec raison que les professeurs experts, dont nous ne saurions trop louer l'habileté, n'ont pas mis en usage, pour la recherche du chloroforme, le procédé proposé en 1849 dans le Journal de chimie médicale, et qui consiste, après avoir décomposé le chloroforme par son passage à travers un tube de porcelaine chauffé au rouge, à en faire arriver les éléments dans un autre tube dont l'extrémité est

enduite intérieurement d'un mélange d'iodure de potassium et de pâte d'amidon : en effet, bien qu'il y ait toujours, dans la décomposition du chloroforme, production d'une certaine quantité de chlore, c'est principalement de l'acide hydrochlorique qui se produit, et comme l'acide hydrochlorique n'a aucune action sur l'iodure de potassium, il s'ensuit que la réaction sur l'iodure doit être très-légère et que la petite quantité d'iodure d'amidon formé peut échapper à l'attention, être entraînée par la vapeur d'eau, etc. ; tandis qu'avec la solution de nitrate d'argent, la formation du chlorure est inévitable s'il y a de l'acide hydrochlorique mis à nu, et qu'on peut ensuite, en pesant le chlorure, arriver à une détermination quantitative du chloroforme mis à nu. Néanmoins, M. Snow, à qui nous empruntons les détails qui précèdent, fait remarquer que l'on peut avec avantage combiner les deux procédés, en mettant dans le tube qui conduit les gaz dans la solution de nitrate d'argent, un morceau de papier amidonné et recouvert d'une couche d'iodure de potassium, ainsi qu'un morceau de papier de tournesol. Dans les expériences qu'il a faites, M. Snow a vu, en même temps que se formait un précipité abondant de chlorure d'argent, le papier amidonné et ioduré bleuir dans une partie de son étendue et le papier de tournesol rougir entièrement. Pour être encore plus sûr que le précipité formé dans la solution de nitrate d'argent est bien un chlorure, M. Snow conseille, d'après M. Taylor, de le traiter successivement par l'ammoniaque, par l'acide nitrique et par une solution de potasse caustique.

Un résultat des expériences de M. Snow, que confirment pleinement les recherches et l'expertise médico-légale de Strasbourg, c'est la démonstration de ce fait, que le chloroforme, dans les cas de mort par cet agent, ne disparaît pas du sang et des organes intérieurs, au moins de quelques jours. C'est ainsi qu'ayant tué deux jeunes chats, en les plaçant dans une jarre contenant seulement dix gouttes de chloroforme, M. Snow essaya pendant six jours tantôt les organes intérieurs de l'un, tantôt les parties musculaires de l'autre, à l'aide du procédé que nous venons de faire connaître, et chaque fois il put reconnaître, de la manière la plus évidente, la présence de l'acide hydrochlorique, et, par conséquent, du chloroforme, bien que chaque animal n'eût pas respiré 5 centigrammes de ce liquide. Dans le sang, on peut aussi le retrouver, sans doute ; mais cette recherche n'est pas toujours aussi fructueuse que celle qui se pratique sur les organes intérieurs, par la bonne raison que le sang peut avoir été exposé à l'air, et avoir perdu par conséquent une partie du chloroforme ; tandis que, pour les organes intérieurs, cette cause de perte n'existe pas ; de sorte que, dans

les expertises médico-légales, c'est vers ces derniers organes que la recherche doit être principalement dirigée.

Telle est la sensibilité du procédé d'analyse indiqué plus haut, que M. Snow a obtenu un précipité abondant de chlorure, avec la solution de 1/100 de grain de chloroforme dans 1,000 grains d'eau ; et, dans un autre cas, 5 gouttes d'une solution composée de 1 goutte de chloroforme et de 50 gouttes d'alcool, versées dans 32 grammes d'eau, ont réduit l'iode et formé de l'iodure d'amidon sur un papier amidonné et iodure, ont rougi le papier de tournesol, et ont fourni un précipité notable dans la solution de nitrate d'argent. On peut donc affirmer aujourd'hui, avec confiance, que la science est en mesure de reconnaître la présence du chloroforme dans le sang et dans les tissus de l'économie, et que, par conséquent, aucun crime commis avec cet agent merveilleux et terrible ne pourrait rester impuni.

POMMADE AU CHLOROFORME ET AU CYANURE.

Dans les diverses préparations topiques publiées jusqu'ici contre les névralgies, le chloroforme constituait à lui seul l'agent actif; selon M. Cazenave, de Bordeaux, la formule suivante aurait une efficacité plus grande pour calmer les douleurs hémicraniques et les névralgies faciales :

Pr. Chloroforme pur .... 12 grammes.
Cyanure de potassium .... 10 grammes.
Axonge récente .... 60 grammes.
Cire, q. s. pour obtenir la consistance d'une pommade.

L'auteur a fait des expériences comparatives avec le cyanure de potassium seul, employé avec succès par Lombard, de Genève, dans les névralgies faciales, et avec la pommade ci-dessus, et il a obtenu des résultats tout à fait différents. Un tiers à peine des malades chez lesquels il n'a employé que le cyanure de potassium, a été fort peu soulagé, tandis que tous ceux qui ont été traités par la pommade ont été, les uns (les deux tiers) guéris, et les autres (un tiers), très-notablement soulagés.

FORMULE POUR LA CURE RADICALE DES ENGELURES.

M. le docteur Margoton a soumis à l'approbation de l'Académie le remède suivant, sous le nom un peu trop pompeux de « *puissant spécifique.* »

Voici la formule :

Pr. Eau commune .... 192 grammes.

Acide sulfurique concentré......	3 grammes.
Teinture de safran...........	15 gouttes.

Mêlez pour imbiber une compresse en deux doubles, que l'on applique sur la partie malade. La renouveler de quatre heures en quatre heures, pendant la journée.

Comme l'a fait remarquer M. Gibert, le nouveau remède proposé par M. Margoton peut, comme tous les autres topiques astringents e répercussifs, remplir certaines conditions utiles dans le traitement des engelures, mais il ne mérite pas plus que ceux-ci le titre de puissant spécifique pour la cure radicale de cette légère maladie de la peau.

EMPLATRE D'IODURE DE POTASSIUM.

Iodure de potassium............	30 grammes.
Oliban purifié................	180 grammes.
Cire......................	24 grammes.
Huile d'olive.................	8 grammes.

On fait fondre d'abord l'oliban et la cire ensemble; on ajoute l'iodure trituré préalablement avec l'huile; on retire du feu et on agite continuellement jusqu'à refroidissement.

Cet emplâtre, de la Pharmacopée de Londres, étendu sur de la toile, sert en Angleterre pour aider à la résolution des tumeurs indolentes; il peut remplir d'ailleurs toutes les indications que la médication indique.

INFUSÉ DE QUINQUINA COMPOSÉ.

Quinquina rouge pulvérisé...........	30 grammes.
Acide sulfurique aromatique (1).......	4 grammes.
Eau bouillante.....................	500 grammes.

Faites infuser pendant douze heures et passez.

C'est une élégante (selon l'expression de la Pharmacopée américaine, d'où nous retirons cette formule) et efficace préparation.

L'eau enlève au quinquina les kinats de quinine et de cinchonine, mais laisse les composés que ces principes prennent avec le rouge cinchonique. C'est ce qui explique l'action faible relativement de l'infusion ordinaire. Mais l'addition de l'acide entraîne la dissolution de la presque totalité des principes actifs.

Le quinquina rouge peut être remplacé par le *jaune* ou le *gris*, selon l'indication à remplir.

(1) Cet acide se prépare S. A. avec : acide sulfurique, 60 grammes; gingembre, 30 grammes; cannelle, 45 grammes; alcool, Q. S. pour obtenir 700 de liqueur.

FORMULE RECTIFIÉE DE LA TISANE PURGATIVE, DITE MÉDECINE DU CURÉ DE DEUIL.

Confiné pendant longtemps sur un point de la banlieue de Paris, l'emploi de ce purgatif semble aujourd'hui s'étendre bien au delà du cercle de ses premières expérimentations. Est-il préférable à ses analogues dont fourmillent les pharmacopées? Nous l'ignorons. Mais il est un fait, c'est que par suite de cette extension, méritée ou non, le praticien pouvant être interrogé à son égard, et d'ailleurs pouvant être désireux de l'expérimenter, nous devions en publier la formule.

L'Officine est le premier ouvrage qui ait donné la formule de ce purgatif. Dernièrement, la plupart des journaux de médecine et de pharmacie l'ont reproduite. Or, cette formule, qui est celle suivie par les herboristes de la Halle de Paris, n'est pas la véritable. Un pharmacien de Villiers-le-Bel, M. Gardes, d'un côté, et un pharmacien de La Chapelle-Saint-Denis, M. Moreau, de l'autre, qui ont fréquemment occasion de délivrer cette préparation et qui l'exécutent sur la recette écrite de la main même de M. Hurel, ancien curé de Deuil, viennent de faire parvenir à l'auteur de *l'Officine* la véritable formule que voici :

Pr. Racine de guimauve coupée......	15 grammes.
— de patience coupée.......	15 grammes.
— de chiendent coupée......	15 grammes.
— de réglisse coupée.......	15 grammes.
Feuilles de chicorée.............	8 grammes.

On fait bouillir ces cinq substances pendant dix minutes dans trois bouteilles d'eau de rivière.

On y ajoute :

Follicules de séné palthe mondés........	20 grammes.
Rhubarbe de Chine concassée...........	4 grammes.
Sulfate de soude (sel de Glauber).......	4 grammes.

Laisser infuser le tout pendant deux heures et passer à l'étamine.

Boire en lavage, dans la matinée, en deux ou trois jours, selon l'effet.

Voici maintenant la réflexion qu'ajoute l'un des correspondants de M. Dorvault :

« Cette médecine, préparée selon la formule ci-dessus, réussit parfaitement où une infinité d'autres purgatifs échouent. Elle présente seulement l'inconvénient d'une grande quantité de liquide à boire, quantité que l'on peut diminuer sans désavantage; car, au lieu de trois bouteilles d'eau, on peut n'en mettre qu'un litre et même un demi-litre, mais en l'administrant toujours en deux ou trois jours.

« Le curé de Deuil, à l'aide de sa purgation administrée, bien entendu, dans des conditions appropriées, est parvenu à obtenir des guérisons inespérées. La formule que je donne est la formule normale; mais, lorsqu'il la prescrivait à des enfants ou à des personnes faibles, valétudinaires ou très-faciles à purger, il changeait la quantité de follicules, c'est-à-dire que, selon le cas, il donnait 12 ou 16 grammes de follicules, au lieu de 20 grammes.

« Les pharmaciens, sans indication contraire, doivent toujours donner la dose normale. »

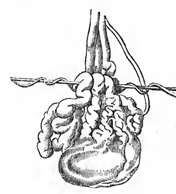
CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES SUR LE PARALLÈLE QUE M. BONNET A ÉTABLI ENTRE L'ENROULEMENT ET LA CAUTÉRISATION DES VEINES DU CORDON SPERMATIQUE : UN MOT SUR L'OBSERVATION DE NÉVRALGIE DU CORDON, GUÉRIE PAR L'OPÉRATION DE L'ENROULEMENT, PAR M. JULES ROUX (1).

J'ai dit, dans la dernière édition de mon *Mémoire sur la cure radicale du varicocèle,* que les récidives multipliées, à la suite de la ligature sous-cutanée des veines du cordon spermatique, avaient conduit plusieurs chirurgiens à renouveler la cautérisation. M. Bonnet reconnaît aujourd'hui l'infériorité de la méthode sous-cutanée, et place au-dessus d'elle et des autres méthodes l'enroulement et la cautérisation. Ces deux méthodes, en effet, font éprouver une perte de substance aux veines et déterminent une espèce d'ascension du testicule, ce qui constitue une double chance en faveur de la cure radicale, ce qui ne peut être obtenu par les autres manières d'opérer. Un pareil résultat des recherches et des observations de M. Bonnet est important pour la pratique. Mais voilà donc deux méthodes rivales, l'enroulement et la cautérisation ! M. Bonnet, croyant avoir inventé un procédé de cautérisation, met celle-ci au-dessus de l'enroulement, qu'il déprime beaucoup. Je ne m'en étonne pas, car c'est dans les données des vieux parallèles. J'ai peut-être autant de droits que M. Bonnet à l'invention de l'une de ces méthodes ; je pourrais donc, en employant les moyens dont s'est servi mon honorable confrère, me donner la même satisfaction personnelle. Ce n'est pas le but de cette note. Je ne veux rien dire aujourd'hui contre la cautérisation, et rien en faveur de l'enroulement. Je désire seulement fournir quelques explications sur des faits, des détails et sur des interprétations qui ont probablement

(1) *Bulletin de Thérapeutique* du 15 février, p. 103 et p. 125.

trompé M. Bonnet, et qui pourraient encore induire en erreur des praticiens de bonne foi.



On sait que, dans ma méthode, deux fils étreignent les veines variqueuses et les obligent à s'enrouler sur le cordon qu'ils forment, ainsi que le montre la figure ci-contre. Ce cordon métallique est noué sur un globe de bande; il coupe peu à peu par ulcération les veines à plusieurs hauteurs différentes; il en est de même de la peau qui est entre les deux piqûres par lesquelles les fils sont entrés et sortis. En général, le quinzième jour cette section est complète, ou bien il ne reste que quelques lambeaux de tissus mortifiés. Mais quand l'enroulement a été considérable, quand les circonvolutions des veines sont très-nombreuses, la section totale se fait attendre davantage. Alors, si, pour hâter la cure, on coupe avec le bistouri ce qui n'a pas été divisé par le fil, on peut atteindre quelques artérioles, surtout des divisions de la honteuse externe, lesquelles donnent plus ou moins. Cet écoulement sanguin, qui a été considéré comme un accident, a été, au contraire, un bienfait pour certains opérés, car ils ont eu ainsi les parties dégorgées plus rapidement et la cure a marché plus vite. Il y a, d'ailleurs, un moyen bien simple d'éviter tout écoulement sanguin; c'est de rester dans la méthode même, et de confier aux fils seuls la section des parties qu'ils étreignent. On voit alors le rouleau de bande tomber spontanément. C'est même le parti que je prends très-souvent aujourd'hui. Ainsi, ceux qui redouteront pour le moral du malade ce qui a été appelé l'hémorrhagie, n'ont qu'à ne pas se servir de l'instrument tranchant, ou à ne couper avec les ciseaux que quelques tractus mortifiés au moment où les fils sont presque à découvert.

Les sangsues, qui ont été mises au périnée dans les premiers temps de l'application de ma méthode, c'était aussi pour hâter la cure. Ici encore, si le malade n'est pas trop impatient, on peut le dispenser de cette saignée locale.

Pour ce qui est des moyens de constater si mes guérisons se sont maintenues, voici ce que je puis dire : Mon premier Mémoire renfermait une série d'observations avec les noms et la demeure des mala-

des (1) ; ce Mémoire a été lu et remis à l'Académie de médecine, avec invitation faite aux chirurgiens de venir voir opérer, et d'aller, plus tard, constater les résultats. MM. Velpeau et Gimelle reçurent cette mission de l'Académie. J'ai de plus fait connaître ces noms et ces demeures à plusieurs chirurgiens étrangers à l'Académie. Je ne sais pas si tous les opérateurs de varicocèle ont provoqué ainsi une enquête officielle. Pour ce qui est des autres malades, beaucoup m'ont été adressés par d'honorables confrères, par M. Puche, M. Marchal (de Calvi), M. Honoré, M. Sestier, M. Lemaitre (du Havre), etc. Mon collègue M. Monod, qui a le bon esprit de voir avant de juger, m'a invité à opérer un de ses malades à la maison de santé du faubourg Saint-Denis. Je me suis rendu à cette flatteuse invitation. Mon collègue pourra donc ainsi connaître *de visu* l'opération et ses résultats. Les autres malades sont connus des praticiens déjà cités ; ils sont à même de les revoir. Il en est d'opérés depuis cinq ans ; un d'eux est actuellement dans mon service pour une blennorrhagie ; il peut être observé par qui voudra. C'est celui qui me fut adressé par M. Honoré. Que faut-il faire de plus pour éclairer la question de curabilité ? M. Bonnet parle de ses opérés qu'il rencontre très-satisfaits dans le monde. Je puis lui en dire autant. Seulement, les miens sont plus anciens et peut-être plus nombreux, voilà tout.

Quant au malade qui avait eu des accès épileptiformes, qui est revenu dans mon service quelque temps après l'opération du varicocèle, chez lequel j'ai constaté une amélioration de son état nerveux et dont mention n'a pas été faite des résultats du côté des bourses, je puis dire qu'il est radicalement guéri. La chose la plus importante ici était la modification du système nerveux ; elle seule avait été notée ; elle impliquait d'ailleurs la guérison du varicocèle.

Relativement au malade que j'ai opéré du phimosis, et chez lequel des abcès de la verge et des bourses sont survenus après l'incision du prépuce, abcès qui ont été mis sur le compte d'une opération de varicocèle (laquelle avait été faite deux mois avant); quant à ce malade, il prêterait trop à un succès de polémique ; or, je ne me suis proposé ici que de fournir des explications pour dissiper ce que je crois être un malentendu dans le parallèle de M. Bonnet. Ainsi, rien *aujourd'hui* contre la cautérisation ; rien en faveur de l'enroulement. Mais je ne puis finir sans déclarer à mon confrère que je me trouverai toujours honoré de sa critique tant que ses arguments seront à sa hauteur et dans ses inspirations personnelles ; mais s'il se baissait

(1) Bien entendu des malades qui m'y avaient autorisé.

encore une fois pour en prendre ailleurs, je me verrais obligé de lui prouver que je n'ai pas donné ma démission de polémiste.

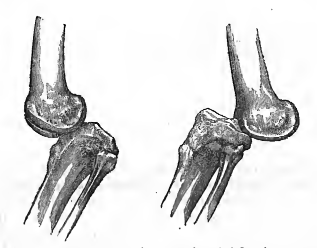
Je passe à l'observation remarquable de névralgie rebelle du cordon du testicule, guérie par l'enroulement. Je n'ai qu'un mot à dire sur cette observation et sur cette opération. Elles confirment tout ce que j'ai observé, et la pratique que j'ai adoptée depuis quelque temps. Le docteur Jules Roux pourra s'en convaincre en lisant la dernière édition de mon livre, dont il a bien voulu accepter l'hommage. En parlant de la névralgie du testicule, je dis : Quand il m'a été impossible de refuser une opération au malade, auquel de cruelles souffrances faisaient demander les secours de la chirurgie, j'ai préféré faire la ligature des veines du cordon spermatique d'après la méthode que M. Raynaud (de Toulon) employait pour la cure radicale du varicocèle. J'ai réussi dans ce cas; il est vrai qu'il y avait alors un peu de dilatation veineuse. J'ai réussi une fois par le débridement du testicule (Traité de pathol. exter., 3e édit., t. V, p. 143). Ainsi, ligature des veines pour atteindre les nerfs, débridement du testicule, ces deux opérations, je les ai pratiquées avec succès, comme M. J. Roux, lequel ignorait tout à fait mes essais. Je trouve très-juste la réflexion que le rédacteur a ajoutée à la fin de l'observation. En effet, tous les procédés employés contre le varicocèle sont à peu près applicables ici. Il faut choisir le plus simple. On voit que j'ai préféré celui de M. Raynaud, qui consiste à passer un seul fil derrière les veines pour le lier sur un globe de bande.

A. Vidal (de Cassis).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Luxation incomplète du tibia droit en arrière et complète du tibia gauche en avant. —Guérison rapide. —Lorsqu'on considère le volume des extrémités osseuses qui constituent l'articulation du genou, l'étendue des surfaces articulaires que présentent le fémur et le tibia, ainsi que la force et le nombre des ligaments qui les unissent, on n'est plus étonné que les anciens auteurs aient nié la possibilité d'une semblable lésion. Les faits sont venus redresser cette assertion; un seul suffisait. Quant à la conduite à tenir, au mode de traitement à adopter, il était nécessaire de recueillir un certain nombre d'observations pour qu'il fût possible d'en poser les bases, et l'on comprend que la plupart des chirurgiens contemporains, en considérant seulement les déchirures étendues que nécessitait la disjonction d'une articulation aussi solidement constituée, aient pu porter un pronostic grave, et ne pas hésiter à proposer

l'amputation de la cuisse comme le seul remède de cette lésion. Un cas de luxation du tibia en avant, publié dans ce journal (*Bulletin*, t. VII, p. 97), par M. le docteur Gardé, est venu montrer que cette lésion pouvait guérir sans qu'on eût recours à cette grave opération. Toutefois, notre confrère, en signalant la guérison facile de sa malade, et surtout l'absence des accidents qui viennent si souvent compliquer la luxation d'articulations bien moins considérables que celle du genou, présentait son fait comme une heureuse exception, et pensait qu'il ne devait pas en être de même dans les autres cas. Il n'en est rien cependant : les quatre ou cinq faits consignés dans les auteurs le prouvent. La marche de la guérison a été si constante et si uniforme dans ces observations que, malgré leur petit nombre, on est en droit de modifier le pronostic porté jusqu'ici dans les cas de luxation du genou. Le cas suivant, que nous avons observé dans le service de M. le professeur Velpeau, vient fournir un nouvel appui à cette conclusion pratique.



Le sieur Gerbeau, homme robuste, quoique âgé de soixante-un ans travaillait près d'une mécanique employée à hacher le tabac, lorsque ses vêtements furent saisis par une des roues d'engrenage. Cet homme fut enlevé à sept ou huit pieds de terre, et, comme le mouvement de cette roue était excessivement rapide, il avait fait huit à dix tours avant qu'on pût arrêter la machine. Gerbeau n'avait pas perdu connaissance, mais, à chaque tour de roue, ses jambes étaient venues battre contre des pièces de bois en saillie sur le plancher ; il ne put, on le comprend, se tenir debout. M. Hurteaux, médecin de la manufacture

des tabacs, le fit transporter immédiatement à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Velpeau, et là, avec l'interne de garde, M. Lemaistre, il put constater les symptômes suivants :

Le malade est couché sur le dos, le membre inférieur droit étendu et ne présentant aucune déformation bien apparente ; mais, en soulevant le genou, et fléchissant la jambe à angle droit sur la cuisse, on perçoit un gros craquement ; la partie supérieure du tibia éprouve immédiatement un mouvement de retrait, et une luxation en arrière se produit, et fournit les caractères qui suivent : les deux condyles du fémur font une saillie considérable en avant, la rotule en occupe le point culminant, et le ligament rotulien déprimé et accolé à la surface articulaire du fémur semble fuir en arrière. De chaque côté existe une dépression produite par le retrait de l'extrémité supérieure du tibia ; cette dépression est plus prononcée en dedans qu'en dehors, car le tibia a éprouvé un léger mouvement de rotation sur lui-même, ainsi que le prouve la direction de la pointe du pied qui est tournée en dedans. Cet examen terminé, le membre a été remis dans l'extension, et la luxation se réduit spontanément.

Le membre gauche est également dans l'extension, mais le genou est déformé. Le tibia fait une saillie en avant, la rotule est renversée en arrière ; tandis que le fémur déprimé et déjeté en arrière exerce sur l'artère proplitée une compression telle qu'elle fait cesser les pulsations de la pédieuse. Le creux du jarret n'existe plus, et la cuisse se continue directement avec le mollet ; de sorte que la cuisse en arrière et la jambe en avant paraissent relativement allongées.

Comme il n'y avait qu'une heure que l'accident était arrivé, aucun gonflement n'était venu s'opposer à la constatation des désordres articulaires et jeter de l'hésitation sur la conduite à tenir pour réduire cette luxation. L'extension fut faite en tirant directement sur le pied pendant que la cuisse était solidement maintenue. Sous l'influence de ces efforts on a senti les muscles céder ; alors M. Lemaistre, passant son avant-bras sous l'articulation, au niveau des condyles du fémur déprimés, fit exécuter au membre un mouvement de flexion. Aussitôt un gros craquement se fit entendre, et les parties reprirent leur situation normale. Le malade a été soulagé à l'instant même, et l'on put imprimer au genou des mouvements de flexion et d'extension, sans reproduire le déplacement comme dans l'autre genou.

Les deux membres furent placés alors dans une position légèrement fléchie, à l'aide de coussins placés dans le creux du jarret, et l'on recouvrit les genoux de compresses imbibées d'eau blanche. Malgré d'aussi graves désordres, et bien que le malade eût subi plusieurs contu-

sions, aucune réaction générale ne se manifesta. Le genou droit seul présenta un peu de gonflement, qui ne tarda pas à se dissiper sous la seule influence des résolutifs, et le vingt-septième jour cet homme quittait l'hôpital, complétement guéri.

Ce fait est le premier exemple que nous connaissions de luxation des deux genoux ; comme les cas consignés dans les annales de la science, il se fait remarquer par la facilité de la réduction, par l'absence de symptômes consécutifs, et surtout par le retour complet des mouvements des genoux, malgré les désordres étendus dont ils avaient été le siége.

Fracture transversale de l'extrémité inférieure du fémur simulant une luxation du genou. — Dans la plupart des cas de fractures de l'extrémité inférieure du fémur consignés dans la science, on voit la solution de continuité porter sur l'un ou l'autre des condyles de cet os. Dans l'exemple que nous allons rapporter, la brisure, en portant sur la partie condylienne qui, dans l'enfance, constitue l'épiphyse, donnait au membre une difformité tellement semblable à celle qu'entraîne une luxation incomplète du genou, que nous croyons devoir la rapprocher du cas précédent, afin de compléter l'enseignement qui découle de ces deux faits rares et curieux.

Un brocanteur, âgé de trente-trois ans, d'une constitution athlétique, avait le pied droit engagé entre les barres d'une chaise renversée, lorsqu'il fut poussé par un de ses camarades. Il tombe en avant et ne peut se relever. On le transporte immédiatement à l'hôpital Beaujon ; il présente les symptômes suivants : la jambe est demi-fléchie sur la cuisse, l'extrémité supérieure du tibia semble déjetée en arrière. Le genou, très-saillant en avant, est le siége d'un épanchement considérable ; au-dessus du bord supérieur de la rotule une saillie considérable que tout d'abord l'élève de garde prit pour l'extrémité articulaire du fémur, de sorte qu'il pensa avoir affaire à une luxation du tibia en arrière. Le lendemain à la visite, un examen plus attentif, et qui ne fut pas sans difficultés en raison du gonflement des parties, démontra à M. Robert qu'il ne s'agissait que d'une fracture transversale du fémur dans sa partie condylienne. En effet, la saillie sus-rotulienne, au lieu de présenter une surface lisse et arrondie, comme dans le cas de luxation du genou, était anguleuse et irrégulière. En saisissant la cuisse et la partie supérieure de la jambe, et leur imprimant des mouvements opposés dans le sens transversal, on constatait une mobilité anormale au-dessus du niveau de l'articulation, et au-dessus des tubérosités latérales du fémur que l'on pouvait sentir assez bien malgré

le gonflement des parties molles. Enfin, l'on déterminait une crépitation bien différente du bruit de frottement des cartilages articulaires. Nous ajouterons, pour compléter le tableau, que l'exploration du creux poplité n'y faisait reconnaître aucune saillie osseuse.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une fracture transversale immédiatement au-dessus des condyles fémoraux, fracture accompagnée d'un déplacement en avant du fragment supérieur qui donnait au membre la physionomie d'une luxation du genou en arrière. La coaptation des fragments n'a pas présenté de difficultés serieuses : il a suffi de pratiquer une extension modérée sur la jambe, pendant que deux aides maintenaient la cuisse immobile ; cependant elle n'a pu être complète, il est resté une légère saillie du fémur en avant.

La fracture réduite, quelle conduite devait-on tenir? Fallait-il, à l'exemple d'Ast. Cooper, pratiquer l'extension continue? Cela ne parut pas nécessaire, puisque les fragments ne tendaient pas à se déplacer ; cette circonstance rendait également inutile le tampon que Boyer conseille de placer dans le creux poplité, puisque le fragment inférieur ne faisait aucune saillie dans cette région. Il y avait à choisir entre la demi-flexion proposée par Dupuytren, et que M. Malgaigne a adoptée, mais par des vues différentes, ou la simple extension du membre. Ce fut ce dernier parti que M. Robert adopta, après avoir essayé toutefois la position recommandée par Dupuytren comme la plus propre à maintenir les fragments en contact. Cette demi-flexion du membre présentait moins d'avantages que la simple extension que M. Robert pratiqua à l'aide du bandage de Scultet, auquel furent ajoutées des compresses graduées, placées transversalement sur la saillie du fragment supérieur.

L'appareil fut enlevé le vingt-cinquième jour, et la consolidation des fragments parut assez solide pour qu'il fût possible d'imprimer de légers mouvements afin de prévenir la raideur de l'articulation. Ces mouvements furent répétés chaque jour, et, à la fin de la quinzaine, le malade commença à pouvoir se promener dans la salle. Il sortit de l'hôpital à la fin du mois.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE TONSILLAIRE AIGUE (*Traitement de l'*) *par l'acétate de plomb cristallisé*. On sait le succès qu'a eu en Belgique l'emploi des collyres à l'acétate de plomb dans les ophthalmies catarrhales aiguës. L'analogie a conduit M. le docteur Rul-Ogez à employer cette même substance en gargarisme dans les angines tonsillaires aiguës. Les bons effets qu'il en a obtenus seraient tels, à son dire, que depuis plus de dix ans il n'emploie plus d'autre moyen.

Voici la formule adoptée par M. Rul-Ogez :

Pr. Eau distillée...... 5 onces (160 gr.)
Gomme arabique.. 1/2 once (16 gr.)
Acétate de plomb cristallisé de 6 à 10 gr. (30 à 50 c.)
Sirop simple..... 1 once (32 gr.)

Cette mixture doit être parfaitement claire et sans précipité. Le malade se gargarise toutes les heures avec cette préparation. M. Rul-Ogez recommande, dans les intervalles, les gargarismes ordinaires, tels que la décoction de carottes, et quelquefois un purgatif. Lorsque la maladie est prise au début, elle se trouve ordinairement enrayée au bout de vingt quatre ou trente-six heures; mais lorsqu'elle a déjà acquis une violente intensité, il faut quelquefois deux ou trois jours d'usage du remède avant que la guérison soit complète.

Lorsque les sujets atteints d'angines gutturales sont trop jeunes pour pouvoir se gargariser, on fait tremper un tampon de linge dans la solution saturnine, pour en humecter le gosier toutes les heures.

Si l'angine tonsillaire, au moment où l'on est appelé, dure déjà depuis plusieurs jours, si la violence des symptômes, le gonflement et la rénitence des amygdales, la douleur lancinante et pulsative, l'empâtement sous-maxillaire exterue et les frissons dorsaux fébriles dénotent qu'il y a formation d'abcès, on suspend le gargarisme saturnin pour le remplacer par un gargarisme maturatif composé de 6 onces d'eau de pluie, de 2 gros de gomme arabique, d'une demi-once de crème de tartre, rendue soluble par la coction avec le borax, d'une demi-once de moutarde commune et d'une once de sirop de mûres. La suppuration arrivée et le pus évacué, on revient de nouveau au gargarisme saturnin qui met promptement fin au reliquat de cette affection.

L'auteur restreint l'usage de cette méthode aux cas d'angine aiguë; réservant pour les angines chroniques les gargarismes alumineux, et le gargarisme au nitrate d'argent pour l'angine folliculeuse. Toutefois, avec les chancres de la gorge, le gargarisme saturnin lui a paru reprendre toute son efficacité, combiné avec le traitement antisyphilitique.

La très-faible dose de plomb qui entre dans ce gargarisme et le peu de temps qu'exige en général ce traitement, nous paraissent devoir mettre à l'abri des accidents graves auxquels trop souvent donnent lieu les médications plombiques. Mais nous ne restreindrions pas dans la même quiétude si, comme le propose M. Rul-Ogez, on étendait l'usage des solutions d'acétate de plomb au traitement des affections de la vessie. Nous croyons encore que ces solutions doivent être rejetées du traitement des angines chez les enfants. Les préparations saturnines constituent une de ces médications dont il ne faut user qu'avec réserve et avec une grande surveillance dans les effets produits. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, janvier 1852.)

DIABÈTE SUCRÉ (*Effets remarquables de l'huile de foie morue dans un cas de*). A Dieu ne plaise que nous oubliions ce que nous devons aux observateurs modernes, pour ce qu'ils nous ont appris relativement au mode de production probable et au traitement du diabète sucré. La diminution des matériaux amylacés qui fournissent à l'élimination du glucose, le rétablissement des fonctions de la peau, l'emploi des toniques, et, par-dessus tout, celui des alcalins, qui semblent activer la combustion des substances carbonées dans l'acte respiratoire, voilà sans doute les moyens sur lesquels il est possible de compter le plus dans le traitement de cette redoutable maladie, et dont un certain nombre de succès bien constatés ont mis hors de toute contestation la puissance curative. Néanmoins, il faut bien le reconnaître, il est un certain nombre de cas dans lesquels l'amélioration produite par ce traitement, que l'on peut avec justice appeler rationnel, n'est que momentanée et provisoire; de sorte que, après des alternatives de bien et de mal, après des mois et quelquefois des années, les malades finissent par succomber à la maladie dont ils sont atteints. Une complication grave et terrible vient d'ailleurs terminer trop souvent cette triste scène, c'est la phthisie pulmonaire, complication si fréquente que quelques auteurs en avaient fait un caractère de la maladie. Cette dernière circonstance était bien de nature à suggérer aux médecins l'emploi contre le diabète des moyens que l'ex-

périence a appris réussir le mieux dans le traitement de la phthisie, et, en particulier, de l'huile de foie de morue, dont le cercle d'application, déjà si vaste, semble s'agrandir tous les jours.

Frappé du caractère de l'altération du sang, qui appartient au diabète sucré, altération qui le rapproche, par la diminution des globules et par l'augmentation de l'albumine, de la phthisie et du rhumatisme chronique, un médecin anglais, M. le docteur Thompson, médecin d'un des hôpitaux de phthisiques de Londres, a été conduit à traiter cette maladie, à titre de cachexie, par l'huile de foie de morue. M. Thompson ne compte pas encore un assez grand nombre de succès, et les résultats qu'il a obtenus dans le seul fait qu'il rapporte ne sont pas assez complets pour qu'on puisse considérer l'huile de foie de morue comme un traitement véritablement spécifique du diabète ; mais par la modification heureuse dont il a été le point de départ, on peut comprendre de quelle utilité pourrait être son emploi, surtout si on l'associait à l'ensemble de moyens que nous mentionnions au début de cet article. Le malade chez lequel M. Thompson a employé l'huile de foie de morue était affecté depuis quelques mois de diabète sucré ; il avait pris sans grand avantage de la créosote et plusieurs autres médicaments. A l'époque où ce médecin commença à lui donner des soins, la quantité d'urine rendue pendant les vingt-quatre heures était de dix pintes. Mis à l'usage de l'huile de foie de morue à la dose de 8 grammes, trois fois par jour, en treize jours la quantité d'urine était réduite à six pintes. Quatorze jours après, la dose d'huile de foie de morue fut portée à 32 grammes en quatre fois, et huit jours après, à 40 grammes en cinq fois. Un mois après le début du traitement, le malade ne rendait que trois pintes d'urine dans les vingt-quatre heures et, quatorze jours après, deux pintes et quart. La densité de l'urine tomba successivement de 1040 à 1037 et 1020 ; en même temps l'embonpoint avait reparu. Forcé de s'absenter, M. Thompson laissa ce malade à un confrère qui essaya une grande quantité de remèdes : le soufre, l'acide hydrochlorique, l'opium et les alcalins; ces derniers seuls parurent faire quelque bien; mais, en somme, le malade avait plutôt perdu que gagné, et du mois de juin 1848 où le traitement par l'huile de foie de morue avait été interrompu, jusqu'au mois de décembre, il avait perdu dix-neuf livres. Déjà la face était profondément altérée et tout annonçait le développement d'une phthisie pulmonaire à laquelle il finit par succomber, malgré l'amélioration momentanée apportée par la reprise du traitement par l'huile de foie de morue. Ainsi chez ce malade la quantité des urines excrétées a considérablement diminué, la quantité de sucre a été aussi réduite notablement, comme le prouve la diminution de la pesanteur spécifique de ce liquide ; l'embonpoint a reparu, de manière à donner de véritables espérances de guérison, qui se sont démenties notamment à partir du moment où le traitement a été interrompu. Peut-être l'huile de foie de morue eût-elle échoué aussi, mais l'amélioration qu'elle a produite ne saurait être perdue de vue puisque, comme nous le disions dans le cours de cet article, rien ne s'oppose à ce qu'elle figure dans le traitement du diabète, conjointement avec l'ensemble de moyens que l'expérience a montré les plus efficaces contre cette terrible maladie. (*The Lancet.*)

ÉPILEPSIE (*Emploi du sulfate de quinine à haute dose, comme moyen d'arrêter les attaques d'*). On sait que le sulfate de quinine a été recommandé comme moyen de guérir l'épilepsie, surtout dans les cas où les accès présentent dans leur marche une certaine périodicité; mais l'application que nous voulons faire connaître n'est pas du même genre; il ne s'agit pas, en effet, de guérir définitivement cette cruelle maladie (c'est là un but que l'on poursuit souvent sans succès, et en parcourant successivement les moyens thérapeutiques généralement recommandés contre cette maladie), mais d'abréger la durée des accès, quelquefois fort considérable. Bien que ce ne puisse être qu'une indication secondaire, par rapport à celles qui ont pour but d'éloigner les accès et d'en arrêter définitivement le cours, nous croyons utile de faire connaître le fait suivant, qui semble témoigner de la possibilité d'arrêter les accès d'épilepsie les plus violents par le sulfate de quinine à haute dose. Ap-

pelé à donner des soins à un épileptique qui avait des accès terribles, lesquels ne duraient pas moins de trois jours, le docteur Maxwell le trouva, deux heures après le début de l'attaque, sans aucune connaissance. Après avoir essayé de le faire revenir avec des inspirations d'ammoniaque, avec des révulsifs, tels que les vésicatoires, les ventouses, les purgatifs, avec de l'eau froide, etc., ce médecin fit prendre, non sans difficulté, par cuillerées et à une température aussi élevée que possible, la potion suivante :

Pr. Bisulfate de quinine...	1 gram.
Teinture aromatique..	32 gram.
Eau chaude	100 gram.

Le malade n'avait pas pris la moitié de la potion, qu'il y avait une rémission évidente dans les symptômes, et quand la potion fut terminée, l'accès avait cessé. Le malade s'endormit profondément pendant trois heures, et à son réveil il se trouvait très-bien. (*The Lancet*, décembre.)

HERNIE ETRANGLÉE, *réduite après l'administration de la morphine à haute dose.* Si les recherches modernes ont mis hors de doute que l'opération de la hernie étranglée compte d'autant plus de succès qu'elle est pratiquée à une époque plus rapprochée du début de l'étranglement, il faut reconnaître que le médecin est loin d'être toujours le maître du moment où cette opération est pratiquée. Les malades se refusent pour la plupart à l'opération avant qu'on ait épuisé sur eux les moyens les plus généralement usités, et les chirurgiens se feraient un scrupule de ne pas tenter au moins quelque chose avant d'en venir à la terrible extrémité de l'opération. C'est à ce titre qu'ont été employés, indépendamment du taxis, des moyens divers, les uns destinés à relâcher l'ouverture herniaire et les parois abdominales, tels que la saignée, les sangsues, les bains chauds, les fomentations, les cataplasmes, les préparations de belladone, d'opium, et, de nos jours, les inhalations de chloroforme; les autres ayant pour but de déterminer dans l'intestin des contractions énergiques, susceptibles de retirer audedans l'anse déplacée; tels sont les purgatifs, les lavements stimulants, l'électro-puncture, les réfrigérants. Parmi ces moyens, il en est un qui n'est peut-être pas apprécié à sa juste valeur, surtout en France; nous voulons parler des préparations opiacées données à haute dose jusqu'à effet narcotique, jusqu'à production du relâchement musculaire qui accompagne cet état d'intoxication. Quoique ce moyen soit peut-être inférieur aux inhalations de chloroforme, nous croyons cependant devoir faire connaître le fait plein d'intérêt qui suit.

Le 20 août dernier, M. le docteur Doman fut appelé auprès d'un ouvrier âgé de trente-deux ans, chez lequel une hernie inguinale gauche, qu'il portait depuis cinq années, s'était étranglée depuis vingt-quatre heures. Cet étranglement était survenu à la suite de violents efforts pour aller à la garderobe et d'un dévoiement dyssentérique; du reste, le malade ne portait pas de bandage, et la hernie rentrait habituellement lorsqu'il était couché. C'était une hernie volumineuse et directe, tendue et douloureuse, qui remplissait le scrotum du même côté. Déjà il y avait eu des vomissements à plusieurs reprises, et l'abdomen était le siége d'une douleur vive au-dessus de l'ombilic. Après avoir essayé pendant quelque temps le taxis, sans aucun succès, M. Doman fit mettre le malade au lit et lui fit donner 2 centigr. 1/2 de morphine toutes les heures, jusqu'à ce qu'il en eût pris 0,075. A ce moment, les vomissements avaient cessé, les douleurs étaient modérées. Nouvelle tentative de taxis, insuccès. Le taxis fut encore repris, sans plus de succès, quelques heures après. Douze ou quinze heures après, le 21 août, dans la matinée, le narcotisme avait disparu, mais la hernie était aussi tendue et aussi volumineuse. M. Doman fit part au malade de la nécessité où l'on serait probablement de lui pratiquer prochainement l'opération; mais avant, il voulut essayer un bain chaud et une saignée. Cette dernière, pratiquée dans un bain et jusqu'à syncope, ne rendit pas le taxis plus facile. Remis dans son lit, le malade se trouva mal de nouveau, le corps se couvrit d'une abondante transpiration. Nouvelle tentative de taxis, insuccès. Dans ces circonstances, M. Doman crut devoir avertir le malade qu'il n'y avait plus de temps à perdre pour l'opération; mais celui-ci, malgré les douleurs qu'il éprouvait, s'y refusa obstiné-

ment. Devant cette résistance opiniâtre du malade, il fallait s'arrêter : M. Doman se borna à prescrire 0,125 de morphine par dose de 0,025 toutes les deux heures. Cinq heures après, le narcotisme était complet : s'apercevant alors que le scrotum était moins tendu que le matin, M. Doman tenta de nouveau le taxis, et cette fois avec un plein succès, après quarante-huit heures de souffrances. Le malade a guéri très-rapidement. La seule question que soulève cette observation est celle-ci : Quelle a été la part du bain prolongé et de la saignée du bras dans la possibilité du taxis? Sans pouvoir résoudre complétement cette question, on peut dire que ces deux derniers moyens ne doivent pas avoir été sans influence sur cette heureuse terminaison. Seulement, ce qui s'opposera sans doute à ce que cette pratique devienne générale, c'est la crainte de narcotiser trop profondément le malade; toutefois, en allant graduellement par 0,025, ainsi que l'a fait M. Doman, il faut reconnaître que le danger n'est pas aussi grand à beaucoup près que lorsqu'on administre de hautes doses en très-peu de temps. Quant à savoir si les inhalations de chloroforme l'emportent sur ce mode de traitement, c'est ce qu'il est difficile de dire, des essais comparatifs n'ayant pas été faits; mais *à priori*, il semble que le narcotisme doit être une cause de relâchement plus puissante et surtout plus prolongée que l'anesthésie, tandis que celle-ci doit agir plus efficacement sur le spasme causé par la douleur. (*The Lancet.*)

HYDROCÈLE *chez un enfant, guérie à l'aide de la ponction et de l'irritation de la tunique vaginale par la canule.* Le traitement de l'hydrocèle est certainement l'un des mieux établis, des mieux formulés et des plus certains dans ses résultats. Aussi nous sentons-nous peu séduits généralement par l'annonce d'un procédé ou d'une méthode nouvelle; et plusieurs fois déjà nos défiances, à l'égard de traitements nouveaux qu'on a cherché à substituer à la méthode généralement usitée, ont été justifiées par l'expérience. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de simplifier cette méthode elle-même et de chercher à déterminer les cas où l'on peut se dispenser de pratiquer l'injection et se borner à la ponction évacuatrice. C'est là l'objet d'une recherche véritablement utile et dans laquelle quelques faits connus peuvent servir de guide. C'est ainsi que tout le monde sait que l'hydrocèle résultant d'une vaginalite aiguë guérit le plus ordinairement par la seule évacuation du liquide. Il en est assez généralement de même de l'hydrocèle des jeunes enfants. Voici un fait dans lequel on en trouvera une preuve nouvelle, due à une circonstance toute fortuite qui ne permit pas de pratiquer l'injection qu'on s'était proposé de faire.

Un petit garçon de six ans portait une hydrocèle vaginale du côté droit, probablement congénitale, mais dont la communication avec le péritoine paraissait s'être oblitérée. Après avoir vainement essayé pendant plusieurs mois des résolutifs de toute espèce, sans obtenir non-seulement de diminution dans le volume de la tumeur, mais même l'arrêt de son développement, l'hydrocèle acquérant de jour en jour des proportions plus considérables, M. Bouillon-Lagrange, aux soins duquel ce petit malade était confié, se décida à l'opération, qu'il pratiqua de la manière suivante :

Tout étant disposé pour l'emploi de la méthode ordinaire par l'injection vineuse, le petit garçon, assez indocile, étant maintenu par deux aides vigoureux, M. Bouillon-Lagrange pratiqua la ponction de la tunique vaginale, dont il retira de 80 à 90 grammes de sérosité à peine louche; tout alla bien jusqu'à ce moment; mais au moment où l'opérateur voulut placer la seringue, le petit malade, malgré toute l'énergie des aides, se livra à des mouvements si désordonnés et si prolongés, qu'après quelques minutes de lutte, durant laquelle M. Bouillon-Lagrange tâcha de suivre avec la canule les diverses inclinaisons que recevait le sac vaginal, afin d'éviter la sortie de l'instrument de la poche séreuse, ce qui ne put avoir lieu sans quelques frictions assez rudes de son extrémité sur la face interne de la membrane, il fallut renoncer à l'injection et en rester là.

Dès le soir même, il se produisit un gonflement qui devint considérable, avec des douleurs s'irradiant à l'aine et au flanc; ces symptômes inflammatoires augmentèrent pen-

dant quarante-huit heures avec une assez vive réaction fébrile, et offrirent *au moins autant d'intensité* que ceux qui suivent ordinairement l'injection vineuse. Après quelques jours d'un traitement antiphlogistique d'abord, puis résolutif, la guérison fut complète. Quelque temps il y eut un peu de gonflement de l'épididyme, puis tout disparut. Il y a plus de six ans que l'opération a été pratiquée, la guérison ne s'est pas démentie.

Cette pratique à laquelle l'auteur de cette communication a été conduit par le hasard, ne serait-elle pas susceptible, ainsi qu'il en exprime la pensée, d'être généralisée dans le traitement de l'hydrocèle des jeunes enfants, en la régularisant, c'est-à-dire en remplaçant les frictions rudes et les chocs violents involontaires par des mouvements doux et ménagés? Nous le croyons aussi et d'autant plus volontiers que nous avons vu assez souvent la ponction seule réussir chez les enfants. Les frictions douces et ménagées avec l'extrémité de la canule, en produisant une irritation légère, ne feraient qu'assurer davantage contre toutes chances de récidive. (*Gazette des Hôpitaux*, fév. 1852.)

KOUSSO (*Des causes des rechutes après l'emploi du*) *contre le ténia.* Nous ne sommes pas de ceux qui pensent qu'on doive relever et tourner contre un agent thérapeutique les insuccès dont son emploi a été suivi, alors surtout que des succès nombreux témoignent hautement de sa valeur et de son efficacité. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'il est très-difficile, dans la pratique, de se placer dans des conditions parfaitement identiques; il y a d'ailleurs, entre les faits, des différences qui, pour être légères en apparence, n'en constituent pas moins, au fond, des obstacles sérieux à la réussite de telle ou telle médication; il y a, enfin, en dehors des faits eux-mêmes, des conditions dont le médecin doit toujours faire la part possible, c'est celle qui est relative à la bonne qualité du médicament et à son mode d'administration. En ce qui touche le kousso, par exemple, il y a si peu de temps que ce médicament figure dans notre matière médicale, ses caractères botaniques sont encore si mal connus, qu'on ne doit pas s'étonner, surtout si l'on tient compte du prix élevé auquel il a été toujours maintenu jusqu'ici, que l'on ait pu introduire dans le commerce des échantillons de ce médicament qui n'offrent pas toutes les garanties désirables. D'un autre côté, sait-on bien encore quel est le meilleur mode d'administration? sait-on même quelle est la dose minimum à donner? sait-on enfin si, dans quelques cas, il n'y aurait pas lieu de dépasser la dose recommandée jusqu'ici par les médecins qui ont fait usage du kousso? Telles sont les considérations qui nous engagent à faire connaître sommairement la réponse donnée à ces diverses questions, par un médecin anglais, M. le docteur Vaughan, qui habite Aden, c'est-à-dire un pays où le kousso est un médicament d'un usage général.

Suivant M. Vaughan, les bons effets qu'on peut attendre du kousso dépendent beaucoup de la qualité du médicament qu'on emploie. Après avoir examiné plusieurs échantillons de cette plante, ce médecin croit être assuré que ce médicament est récolté sur deux espèces différentes, ou bien que la même espèce se trouve affectée plus ou moins favorablement par le climat sous lequel elle croît. Dans l'une de ces espèces, les couleurs sont moins vives, les fleurs plus petites et l'odeur plus faible que dans l'autre; c'est celle qui est exportée du nord de l'Abyssinie, et principalement par la voie de Massowa; au contraire, celle qui est recueillie dans les parties sud-est de l'Abyssinie, aux environs de Hurrur, et qui est exportée à Aden, du port maritime de Zeila, est d'une couleur brun foncé, les fleurs sont d'un rouge sombre, et généralement bien développées, l'odeur un peu piquante; sans compter que cette espèce, lorsqu'elle est fraîche, laisse un résidu onctueux entre les doigts lorsqu'on l'a maniée un certain temps; de sorte que, d'après cet aspect extérieur, de même que d'après l'expérience directe faite avec les deux espèces, on ne saurait douter que cette dernière est plus fortement chargée du principe médicamenteux, qui paraît consister en une huile soluble, sécrétée dans les fleurs arrivées à leur entier développement, et dans les feuilles, immédiatement au-dessous de l'ovaire. M. Vaughan pense donc, et nous ne

pouvons que partager son opinion, qu'il y a lieu, pour les chimistes, de chercher au plus tôt à isoler ce principe actif du kousso, d'autant plus qu'il se dissipe à mesure que la plante se dessèche.

Une autre considération qui milite en faveur de la même opinion, c'est que l'efficacité du kousso dépend très-probablement, comme celles des autres plantes, dont l'activité réside dans une huile essentielle, de l'époque et de la saison à laquelle se fait la récolte; et la preuve, c'est que le kousso est bien plus actif et bien plus puissant lorsque les fleurs sont entièrement développées, que lorsqu'elles n'ont subi qu'un développement incomplet. Mais la raison la plus concluante, c'est certainement la suivante: le médicament est apporté d'Abyssinie, renfermé dans de petites peaux; mais le kousso y est mélangé habituellement avec d'autres substances hétérogènes, telles que de la paille, des tiges et des feuilles d'autres plantes, de la terre, etc., soit par défaut de soin de ceux qui le récoltent, soit plutôt par suite de l'avidité des marchands qui en font le commerce. Toujours est-il que la fraude est portée très-loin à cet égard: M. Vaughan ayant fait prendre un paquet de kousso qui pesait quatre-vingt-dix livres, n'en avait plus que cinquante lorsqu'il l'eut fait trier et nettoyer avec soin.

A ces considérations tirées des mauvaises qualités du médicament, M. Vaughan en ajoute d'autres, destinées, comme elles, à expliquer les quelques faits de rechute qui ont été cités en Angleterre, dans ces derniers temps; ces derniers ont pour but d'examiner ce qui a trait à la dose et au mode d'administration du médicament. Nos lecteurs savent que ce qu'on appelle la dose ordinaire est de 16 grammes; c'était celle qui avait été administrée par M. Williams, dans deux faits de rechute qu'il a cités, et même dans un troisième cas, on en avait donné jusqu'à 24 grammes. Ma propre expérience, dit M. Vaughan, ne me laisse pas de doute à cet égard; la quantité de kousso, nécessaire pour l'expulsion du ténia, varie beaucoup suivant l'idiosyncrasie des malades. Chez un officier qui en avait pris deux ou trois fois sans succès la dose ordinaire, je ne suis parvenu à le débarrasser qu'en lui en donnant 45 grammes. Plusieurs mois se sont écoulés depuis, sans qu'il y ait eu de rechute. Quant au meilleur mode d'administration, voici celui qui est donné par M. Vaughan, et avec lequel il a toujours réussi: on fait macérer le médicament pendant trois heures dans de l'eau chaude, et non dans de l'eau bouillante; puis le malade, à jeun depuis plusieurs heures, avale *le tout* sans le passer. (*The Lancet*, janvier.)

LUPUS (*Emploi de l'huile animale de Dippel, comme topique dans le traitement du*). Bien que, dans notre opinion, le lupus ne puisse être considéré comme une maladie purement locale, et bien que, par suite, nous ayons plus de tendance à recommander, dans cette maladie, un traitement général destiné à modifier l'état de l'organisme, qu'un traitement local dirigé contre les ulcérations et les tubercules qui en composent la forme extérieure, nous reconnaissons que le traitement local a souvent une grande utilité, et que sans lui on courrait risque de voir la maladie se prolonger très-longtemps. C'est à ce titre que nous avons fait connaître les bons effets obtenus par M. Cazenave, de l'emploi du bi-iodure de mercure, comme topique. Aujourd'hui, ce médecin publie un fait qui témoigne des propriétés modificatrices de l'huile animale de Dippel, employée topiquement. Nous l'insérons avec d'autant plus de plaisir, que ce fait aura pour résultat de rappeler l'attention sur l'emploi d'un médicament d'une efficacité et d'une activité remarquables, et qui est à peu près oublié aujourd'hui. Néanmoins, nous devons dire que M. Cazenave n'a pas reconnu à ce médicament une activité comparable à celle des autres modificateurs dont il fait un usage habituel. L'action locale de l'huile animale de Dippel, dit-il, est peu sensible, de courte durée: elle se réduit à une excitation toute superficielle, passagère, et qui donne la mesure assez exacte des effets que l'on doit en attendre. C'est à peine si son application détermine quelques légères cuissons, qui sont toujours fugaces, sur des surfaces non ulcérées; elle se dessèche, en adhérant à la peau, sans susciter ni irritation, ni suintement, puis elle se détache au bout de quelques jours sans former de lamelles noires; aussi

son application peut être renouvelée presque tous les jours. Sur des surfaces ulcérées, elle détermine une légère excitation tout à fait superficielle, mais suffisante, toutefois, dans certaines conditions locales, et surtout selon le siége des ulcérations, pour provoquer d'heureux résultats.

Voici, du reste, comment M. Cazenave établit les indications et les contre-indications de l'emploi de l'huile animale de Dippel. Cette huile, dit-il, est impuissante contre les tubercules encore intacts, dont la disparition n'est jamais obtenue que par l'emploi d'agents plus énergiques, d'agents capables de susciter localement un travail actif de résorption ou une destruction immédiate; elle échoue encore, ou du moins ses résultats sont très-incertains, quand il s'agit de combattre l'engorgement hypertrophique des tissus; mais elle peut être efficacement employée, à titre de modificateur superficiel, sur des surfaces ulcérées, dont le siége, dans certaines régions, doit faire exclure de la thérapeutique locale l'emploi d'agents trop énergiques. Ainsi, lorsque le lupus attaque les muqueuses extérieures, lorsque les ulcérations, dans leur marche envahissante, ont pénétré dans les fosses nasales, dans l'intérieur de la bouche, il y a contre-indication à l'usage des caustiques trop actifs, dont l'emploi offre alors trop d'inconvénients, pour que la prudence conseille d'y recourir. Au contraire, l'huile animale de Dippel est parfaitement indiquée; son action, quoique peu énergique, est suffisante pour aviver les surfaces, les modifier heureusement, amener la cicatrisation; car à l'origine des muqueuses intérieures, autour des ouvertures naturelles, la vascularisation des tissus est très-riche, et si les sujets ont la peau blanche et fine, une légère excitation produit des résultats satisfaisants.

M. Chaussier a fait suivre ces réflexions d'un fait particulier, relatif à une femme de vingt-trois ans, chez laquelle, indépendamment d'une destruction du nez, dans toute sa partie inférieure, d'ulcérations sur la joue droite et sur la partie gauche du menton; la lèvre supérieure, un peu boursouflée, était le siége d'ulcérations fongueuses, qui avaient pénétré jusque dans l'intérieur de la cavité buccale; après avoir attaqué, détruit la muqueuse gingivale, avaient déterminé la chute des dents incisives, puis avaient atteint la muqueuse de la voûte palatine, jusqu'à l'insertion du voile du palais. Toutes les ulcérations, même celles de la muqueuse buccale, furent touchées avec l'huile animale de Dippel, en même temps que la malade était mise à l'usage de l'huile de foie de morue, une cuillerée matin et soir. Cette opération fut renouvelée tous les huit jours, pendant cinquante jours; à cette époque, l'amélioration était déjà grande; les ulcérations de la lèvre, de la muqueuse buccale en particulier, présentaient moins d'étendue, un aspect plus uni et de bonne nature. Les surfaces malades furent encore touchées avec l'huile de Dippel tous les quinze jours, toutes les trois semaines, tous les mois même. Après sept mois de traitement, la cicatrisation était définitive; il restait seulement un peu d'empâtement, d'hypertrophie à la lèvre supérieure et à la joue droite. Le traitement intérieur ne fut cessé qu'après une année: à ce moment, la guérison était parfaite; les cicatrices, formées sur les surfaces malades, étaient superficielles, lisses, sans aucune bride uniforme. (*Annales des maladies de la peau*, janvier.)

QUININE (*Tannate de*); *propriétés thérapeutiques de ce nouveau sel.* M. Bouvier vient, dans un excellent rapport, d'exposer devant l'Académie les propriétés thérapeutiques du tannate de quinine, nouveau sel présenté par un chimiste distingué, M. Bareswil. Nous nous bornerons aujourd'hui à consigner les conclusions posées par l'honorable rapporteur, nous réservant de revenir sur les faits intéressants recueillis par ce médecin, dans son service de l'hôpital Beaujon. Voici ces conclusions:

1° Que le tannate est un antipériodique;

2° Qu'il paraît posséder, sous le même poids, une activité égale, mais non supérieure à celle du sulfate de quinine officinal, pour guérir les fièvres d'accès;

3° Qu'il ne met pas plus que le sulfate de quinine à l'abri des récidives;

4° Qu'il présente infiniment peu d'amertume, ce qui rend son administration facile, même chez les per-

sonnes les plus délicates et chez les enfants;

5° Que les observations cliniques tendent à prouver qu'il exerce moins d'action que le sulfate de quinine sur les voies digestives et le système nerveux;

6° Que de même qu'il participe, suivant la remarque de M. Bareswil, de la nature du quinquina par ses principes constituants et du sulfate de quinine par la fixité de sa composition, il se rapproche de l'un et de l'autre par son action thérapeutique.

M. Bouvier rappelle, en terminant, que ce nouveau produit pharmaceutique, substitué au sulfate de quinine, peut, en raison de son état amorphe et pulvérulent, se prêter plus facilement aux falsifications que le sulfate. Cette circonstance tiendra en garde les praticiens qui voudront employer le tannate de quinine.

Enfin, nous ferons encore remarquer que les expériences consignées dans ce rapport ne comprennent qu'un seul cas de fièvre pernicieuse; et nous pensons, bien que le résultat ait été affirmatif, qu'il conviendra de ne pas trop accorder de confiance à ce nouveau sel dans le traitement de ces fièvres, jusqu'à ce que des expériences nombreuses aient confirmé cette première observation. Sous ces réserves, nous concluons que le tannate de quinine agit sur les fièvres d'accès à la manière du quinquina et du sulfate de quinine, et qu'il peut, dans certains cas, remplacer avec avantage ce dernier. (*Bulletin de l'Académie*, février 1852.)

SÉCRÉTION LAITEUSE (*Possibilité du retour de la*) *après un sevrage prolongé.* Tout le monde connaît aujourd'hui la déplorable influence du sevrage prématuré et de l'allaitement artificiel sur la vie des enfants. Aux yeux des hommes compétents, la nourriture au biberon et au petit pot, dans les hospices consacrés aux enfants trouvés, est la cause principale de la mortalité effrayante qui règne dans ces établissements. On peut ajouter, du reste, sans crainte d'être contredit, que ce mode d'alimentation est toujours vicieux, quelles que soient les conditions au milieu desquelles on en fait usage. Ainsi, tandis que dans la première année de la vie la mort n'atteint que le quart des enfants nourris à la mamelle, elle frappe au contraire le plus grand nombre de ceux qui subissent un allaitement artificiel. Diminuer le nombre de ceux-ci, ce serait par conséquent affaiblir en proportion le chiffre de la mortalité dans le premier âge, et rendre un véritable service à l'humanité. Or, sans parler des obstacles qui rendent absolument impossible l'allaitement maternel, il est pourtant d'impérieuses circonstances, telles qu'une maladie générale grave, des fissures du mameton, des abcès mammaires multiples, qui forcent momentanément un grand nombre de femmes à cesser d'allaiter, et toutes n'ont pas une nourrice à leur disposition. Pendant ce temps-là, les enfants dépérissent, et quand leurs mères reviennent à la santé, elles ne songent pas même à leur rendre le sein, sous le prétexte qu'elles n'ont plus de lait.

Depuis longtemps M. le professeur Trousseau s'est élevé contre ce préjugé, partagé par les médecins. Plusieurs fois il a réussi, soit en ville, soit dans son service d'hôpital, à faire reprendre l'allaitement suspendu depuis plusieurs mois; témoin de quelques-uns des résultats heureux obtenus par ce professeur, M. Gubler vient de les faire connaître. Ainsi, il cite le fait d'une femme qui avait reçu de son médecin le conseil de sevrer son enfant, parce qu'elle toussait beaucoup et que son enfant était fort malade, qui l'avait sevré en effet trois semaines après être accouchée, chez laquelle les règles reparurent deux mois et demi après l'accouchement, et qui entra à l'hôpital Necker, se portant très-bien, à cela près de quelques étourdissements, mais avec un enfant très-chétif, très-maigre, atteint de diarrhée chronique, et paraissant n'avoir pris aucun développement depuis sa naissance. Comme, suivant toute probabilité, cet enfant était condamné à périr s'il continuait à être nourri au biberon, comme d'ailleurs la compression exercée sur les mamelles de la mère faisait sortir une gouttelette d'un liquide lactescent, M. Trousseau prescrivit, avant toute chose, le retour à l'allaitement naturel. L'enfant prit très-volontiers le sein; toutefois, le lendemain, il n'était venu encore que très-peu de lait; mais, après le deuxième jour, la montée du lait se fit sentir

des deux côtés d'une manière très-manifeste. Le quatrième jour, le lait monta assez vivement pour que l'enfant pût s'en contenter, et déjà sa santé était améliorée. Le mieux se prononça tous les jours davantage, et la santé finit par se rétablir complétement avec l'aide des moyens les plus simples. La sécrétion laiteuse s'est donc rétablie, dans ce cas, deux mois après avoir été suspendue. Chez une autre femme, l'enfant reprit le sein et la sécrétion du lait se rétablit un mois après le sevrage. Chez une jeune femme qui avait sevré son enfant, âgé de six mois, deux mois après sa naissance, et qui entra à l'hôpital avec celui-ci, dont la santé avait toujours été en déclinant depuis cette époque, l'enfant reprit le sein sans difficulté. Dès le premier jour, il y eut un peu de sécrétion laiteuse; huit jours plus tard, le lait était revenu aussi abondant qu'auparavant, et l'enfant se rétablissait. Enfin, dans un quatrième cas, chez un jeune enfant qui avait été sevré vers huit ou neuf mois et dont la santé s'était depuis lors gravement altérée, deux mois plus tard, toutes les médications devenant inutiles, MM. Trousseau et Pidoux conseillèrent aux parents de revenir de nouveau à l'allaitement naturel. L'enfant éprouva, les deux premiers jours, beaucoup d'aversion pour le sein, mais on lui refusa toute alimentation, et il se remit à téter. Bientôt la sécrétion du lait, qui n'avait pas été sollicitée depuis deux mois, redevint plus abondante même que par le passé, et la santé de l'enfant en ressentit la plus heureuse influence. Cette nourrice n'avait pas eu ses règles.

Tels sont les faits rapportés par M. Gubler, et qui démontrent que les glandes mammaires, après plusieurs mois de repos, peuvent recommencer à sécréter du lait, et que leur activité fonctionnelle peut alors égaler ou même surpasser celle dont elles étaient douées dans les premiers temps qui ont suivi la parturition. Beaucoup de praticiens ont d'ailleurs été témoins de faits de ce genre, et pour quiconque a étudié l'histoire de la sécrétion mammaire à un point de vue général, ce résultat, d'ailleurs si remarquable, n'a rien de surprenant. Sans parler de la présence du lait dans les mamelles des nouveau-nés des deux sexes, on sait qu'à l'approche de la puberté, la même poussée se reproduit: pour être incomplète et comme avortée chez les jeunes garçons, elle n'en est pas moins très-réelle et s'accompagne parfois d'une tension très-douloureuse dans les organes qui en sont le siége; de même on a observé, mais plus exceptionnellement, chez des vierges et même chez des sujets du sexe masculin, la sécrétion laiteuse; enfin, plus récemment, nous avons fait connaître, dans ce journal, une pratique vulgaire aux îles du Cap-Vert, et qui consiste à provoquer la sécrétion lactée, au moyen des applications de cataplasmes de feuilles de ricin sur les seins et sur les parties génitales, aidées de l'approche répétée de l'enfant auquel on présente le sein; à plus forte raison, doit-on la rappeler facilement chez des femmes que quelques mois à peine séparent du moment où elles sont devenues mères. Dans les faits rapportés par M. Gubler, le terme de quatre mois depuis le sevrage a été le plus long; mais rien n'indique que la sécrétion du lait ne puisse se reproduire après un laps de temps plus considérable encore. Qu'on ne se hâte pas non plus de renoncer à l'allaitement parce que l'enfant manifeste de l'aversion à prendre le sein; d'abord, ce n'est pas le cas le plus ordinaire; mais en fût-il ainsi, on ne tarderait pas à en triompher en lui refusant toute autre alimentation. Quant au rétablissement de la menstruation, il est probable qu'il ne s'oppose nullement au retour du lait, puisque l'une des femmes chez lesquelles M. Gubler a observé ce retour, avait eu ses règles quelques jours auparavant. (*Union médicale*, janvier.)

SUICIDE (*Du*) *par strangulation sans suspension*. Tel est le titre d'une intéressante brochure que vient de publier M. le docteur Jacquier. Il n'y a pas longtemps encore, dit ce médecin, l'opinion des personnes étrangères à la médecine, celle même de plus d'un médecin, d'ailleurs recommandable, était que la mort par suspension pouvait avoir eu lieu seulement lorsque le corps était complétement détaché du sol. Quelques cas de pendaison, dans lesquels les pieds touchaient à terre, n'étaient bien jugés que par les hommes les plus versés dans la médecine légale, on exempts de pré-

ventions sur la matière. Aux yeux des autres, ils étaient suspects ou mal observés. Appelé à constater un fait de cette nature, M. le docteur Jacquier a profité de cette circonstance pour grouper les faits qui mettent en évidence la possibilité de s'étrangler soi-même, directement, sans recourir à la suspension.

Voici l'analyse de l'observation de notre confrère; nous l'enregistrons, car elle est une des plus décisives de celles publiées jusqu'ici. Le nommé Maître, vieillard octogénaire, vient à Eroy soumettre un différend qu'il a avec ses enfants au sujet d'une pension alimentaire. L'affaire est décidée contrairement à ses désirs. Il devra quitter le toit qui l'a vu naître pour aller vivre tour à tour chez chacun de ses enfants. Il revient chez lui assez tranquille en apparence, tandis que ses enfants rentrent dans le pays, en compagnie d'autres personnes, circonstance contraire à toute présomption d'homicide. Il était presque nuit quand cet homme sortit d'une maison séparée de la sienne par une cour seulement, et rentra seul chez lui. Quelques minutes s'étaient à peine écoulées depuis sa sortie, quand, dans cette maison, on entendit venir de la sienne le bruit d'un corps sonore tombant à terre. Un quart d'heure après, une de ses filles rentre, et trouve le corps de son père gisant à terre, au-dessous d'une corde attachée au plancher. Il donnait encore quelques signes de vie; après quelques tentatives de secours infructueuses, il expira.

Voici ce que constate le rapport dressé le surlendemain par MM. Jacquier, Carteron et Crépinel. La corde, solidement attachée à une solive très-peu élevée, retombait à 20 centimètres du sol par les deux chefs, qui pendaient parallèlement à côté l'un de l'autre. Près de là était une petite pièce de bois, semblable à ce que les ouvriers appellent une clef de scie. Plus loin, on voyait à terre une scie démontée, c'est-à-dire sans corde ni clef. Nulle trace de déchirures aux vêtements du cadavre, ni de violences sur le corps. Une empreinte très-prononcée et très-profonde, observée au-dessous de la partie moyenne du cou, parfaitement horizontale à la nuque, revenant en avant sur le cartilage thyroïde, conservant toujours sa direction tout à fait horizontale, excepté au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, où les deux extrémités divergeaient et allaient se perdre, l'une en haut, au-dessous et en avant de l'oreille; l'autre en bas, vers la clavicule, etc. Il n'y avait d'ecchymoses ni au-dessus ni au-dessous du sillon.

Ces circonstances ont porté les experts à dire que la mort de Maître reconnaissait pour cause la strangulation produite par une corde double serrée à l'aide d'un garrot par cet homme lui-même. Déjà porté au suicide, comme le prouvent ses antécédents, on peut admettre que Maître, sous l'influence d'une résolution violente, et comptant pour rien une douleur de courte durée, a pu, restant debout sous la corde de la scie fixée à la poutre beaucoup trop basse pour qu'il pût s'y pendre, entortiller cette corde autour de son cou, y placer la clef de la scie, qui, par ses usages ordinaires, a dû naturellement lui donner l'idée de se l'appliquer à lui-même, serrer ce garrot avec l'espèce de fureur qui, à l'instant de l'action, domine tant de suicides et d'assassins, et amener la perte de connaissance, effet ordinairement si prompt de la strangulation, etc.

Tel est le fait nouveau que M. le docteur Jacquier ajoute à ceux publiés, et qui amène cet honorable confrère à discuter tous les points de cette importante question de la strangulation volontaire. Il prouve que ce genre de suicide n'a rien de plus extraordinaire que les autres, et que sa rareté tient, non pas à des difficultés réelles, mais à la croyance générale qui les suppose; et, ce qui le prouve, c'est la fréquence de ce mode de suicide dans les pays, en Espagne, par exemple, où le supplice du garrot en donne l'idée et pour ainsi dire l'exemple. M. Jacquier termine en disant que la prévention d'homicide restant à tort et sans motifs aux cas de strangulation sans suspension, c'est un devoir pour l'expert, averti des dangers qui peuvent être la conséquence d'idées préconçues, d'aborder et juger les faits de ce genre sur les preuves générales à l'aide desquelles on établit la distinction entre le suicide et l'homicide.

Nous regrettons que l'espace nous manque pour exposer plus largement les réflexions de notre confrère sur tout ce qui se rattache à

l'asphyxie par strangulation, et renvoyons les lecteurs auxquels l'examen de cette question importe à la brochure judicieuse de M. Jacquier.

VARIÉTÉS.

Voici la composition du jury chargé de prononcer sur le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central : MM. Danyau, Malgaigne, Ricord, Chassaignac, Jobert (de Lamballe), Guersant, Cruveilhier, Gillette et Grisolle, juges titulaires; Gerdy et Falret, juges suppléants.—Les candidats, au nombre de dix-sept, sont MM. Blot, Boinet, Boyer (Lucien), Broca, Demarquay, Depaul, Dequevauviller, Deville, Fano, Follin, Houël, Jamain, Laborie, Richard, Sappey, Triquet, Verneuil.

Le jury du concours pour quatre places de médecin du Bureau central est composé de MM. Barth, Rochoux, Léger, Andral, Trélat, Legroux, Marjolin, Michon, Velpeau, juges titulaires; Delasiauve, Gosselin, suppléants.—Les candidats, au nombre de trente-deux, sont MM. Bernard, Boucher-de-la-Ville-Jossy, Cahen, Caillault, Chammartin, Champeaux, Chapotin de Saint-Laurent, Christophe, Davasse, Delpech, Destouches, Frédault, Gabalda, Guibout, Hervieux, Hillairet, Homolle, Lallier, Lasègue, Matice, Milcent, Poterin du Motel, Racle (Charles), Racle (Alex.), Richard, Roturcau, Sanson (Alph.), Sée, Simonet, Viollet, Woillez.

Le président de la République vient de décréter qu'un prix de *cinquante mille* francs était institué en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable, avec économie, soit à l'industrie, comme source de chaleur, soit à l'éclairage, soit à la chimie, soit à la mécanique, soit à la médecine pratique. — Les savants de toutes les nations sont admis à concourir. Ce concours demeurera ouvert pendant cinq ans. Il sera nommé une Commission chargée d'examiner la découverte de chacun des concurrents, et de reconnaître si elle remplit les conditions requises.

Les sujets de thèses échus aux candidats pour la chaire de clinique médicale à la Faculté de Montpellier sont : Déterminer le rôle que joue le régime alimentaire dans le traitement des maladies ; M. Dupré. — De l'influence que les progrès de la physiologie, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, ont exercée sur la médecine pratique; M. Dozous. — Comparer l'humorisme moderne à l'humorisme ancien; déterminer l'influence qu'il a exercée, celle qu'il peut exercer sur les progrès de la médecine pratique; M. Pons. — De l'immunité et de la susceptibilité morbides au point de vue de la clinique médicale; M. Chrestien. — De la généralisation et de la localisation des maladies; M. Quissac.

M. le docteur Dezcimeris, bibliothécaire de la Faculté de médecine, ancien membre de la Chambre des députés et de l'Assemblée constituante, vient de mourir à Paris, à l'âge de cinquante-deux ans. La science médicale perd en lui un de ses historiens les plus estimés, et l'agriculture le promoteur le plus zélé d'une réforme destinée à accroître la fécondité du sol de la France. M. Dezeimeris partageait sa vie entre les travaux du cabinet, les devoirs de la vie publique et les soins de l'amitié.

M. le docteur Raige-Delorme a été nommé à l'unanimité bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Dezeimeris.

M. Alquié, commandeur de la Légion-d'Honneur, inspecteur-membre du Conseil de santé des armées, et directeur de l'École d'application du Val-de-Grâce, vient d'être nommé par le Saint-Père commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand. C'est une récompense méritée des importants services qu'il a rendus à l'armée d'occupation et au Saint-Siége, à l'époque où il fut envoyé à Rome, par le gouvernement français. La mission de M. Alquié consistait à prendre des mesures préservatives contre les fièvres.

La dernière descendante d'Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, Mlle Renée-Julienne Ambroise Paré, vient de mourir à Laval, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Par décret impérial, M. Ricord vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Sainte-Anne, et membre de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg.

La tête de l'assassin de la reine d'Espagne, Martin Mérino, a été moulée par le docteur Didier, médecin français établi à Madrid; un exemplaire en plâtre vient d'arriver à Paris, il est destiné au Musée anatomique de la Faculté, où se trouve la plus belle collection des têtes de criminels célèbres.

La Société d'encouragement vient d'accorder un prix de 2,000 francs à M. Aubergier, pharmacien à Clermont-Ferrand, pour ses travaux sur la culture du *lactuca* et des *papaver*, et pour la récolte du lactucarium et de l'opium indigène.

Il résulte d'un rapport fait à l'autorité administrative, que le nombre des logements insalubres a diminué, dans ces deux dernières années, d'une manière importante. Cette partie de l'hygiène publique est en voie constante d'amélioration.

Un nouvel hospice israélite doit prochainement être inauguré. Cet établissement est dû à la libéralité de M. de Rotbschild.

Une question intéressante sous le point de vue hygiénique vient, d'après l'*Emancipation* de Bruxelles, d'être résolue d'une manière satisfaisante. A l'aide d'un nouvel appareil de ventilation, simple, peu dispendieux, et d'une application facile, M. Rousseau espère être parvenu à extraire l'air vicié de tout établissement, école, hôpital, atelier, usine, etc., sans y occasionner de courants d'air nuisibles à la santé des personnes qui doivent y séjourner.

Nous avions raison de protester contre la disparition des banquets médicaux; depuis notre dernière publication, deux nouvelles réunions ont eu lieu : le banquet de la Société anatomique et celui de l'Union médicale. Dans ce dernier, des toasts ont été portés : A M. Orfila, fondateur et président de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine ; à M. Serres, ancien président du Congrès médical de 1845 ; à M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté; à M. Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie ; enfin, à M. Roux, professeur de clinique et membre de l'Institut. L'espace nous manque pour reproduire ces discours. Nous citerons cependant l'allocution de M. Velpeau, afin de montrer l'esprit de confraternité qui règne dans ces fêtes : « Dépouillons-nous, messieurs, a dit l'illustre professeur de la Charité, de nos honneurs, de nos titres; nous restons médecins ; et, de quelque honneur, de quelque titre que nous soyons revêtus, nous appartenons toujours et encore à la grande famille médicale, dont les intérêts doivent nous préoccuper avant tout. J'ai donc l'honneur de vous proposer ce toast : « Aux intérêts généraux de la grande famille médicale! » — Nous n'avons pas besoin d'ajouter avec quelle sympathie de pareils sentiments ont été accueillis. — Paris n'a pas le privilége de ces fêtes confraternelles : Lyon peut le lui disputer à cet égard. Dernièrement, la Société de médecine offrait un banquet à son président sortant; et l'un de nos correspondants nous mandait, il y a peu de temps encore, que notre savant confrère, M. Brachet, afin de mieux fêter M. le professeur Gerdy lors de son dernier passage en cette ville, avait convié à un grand dîner vingt des membres les plus distingués du corps médical de Lyon.— La presse médicale de Bruxelles nous apprend que M. le professeur Seutin doit rendre prochainement le dîner qu'il a reçu du corps médical belge, et que plusieurs médecins de Paris sont conviés à cette nouvelle fête. — La confraternité médicale est donc loin de s'éteindre.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU MANGANÈSE COMME ADJUVANT DU FER.

Par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

Les préparations de manganèse, après avoir langui dans un oubli immérité, commencent à juste titre à fixer l'attention médicale. Le rôle important qu'elles me paraissent appelées à jouer en thérapeutique me fait une obligation de revenir sur cette intéressante étude. Selon moi, l'auteur d'un premier travail sur un point neuf ou difficile de pratique est obligé à des devoirs particuliers : s'il veut que son œuvre fructifie pour la science, il faut qu'il la reprenne en sous-œuvre, pour lui imprimer tous les perfectionnements en son pouvoir. Autrement, son silence serait alors considéré comme un abandon de ses propres idées, et passerait aux yeux de tous pour un témoignage de rétractation tacite. Le public médical, trop souvent déçu par des annonces trompeuses, incline à supposer que l'écrivain s'était trop avancé et qu'il a spontanément reculé devant ses doctrines ; et, en conséquence, il ne croit pas devoir se préoccuper davantage de ce que l'auteur de l'initiative semble abandonner lui-même tout le premier.

Il ne doit point en être ainsi à l'endroit du manganèse ; il ne mérite pas de retomber dans un pareil oubli. J'espère démontrer qu'il est peu de sujets plus féconds en applications thérapeutiques. Depuis mon premier mémoire (voy. Gazette médicale, 1849, p. 733), analysé dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXVII, p. 355 et 377, mes études, mûries par une expérimentation de plusieurs années, sont devenues plus complètes : je me suis efforcé d'approfondir certains points de la question que je n'avais d'abord fait qu'indiquer ; j'apporte des faits nouveaux, des indications et des vues particulières, une expérience plus étendue et un ensemble de nouvelles préparations pharmaceutiques, aujourd'hui sanctionnées par la pratique.

Le manganèse se présente comme succédané et surtout comme adjuvant du fer qui est si souvent prescrit en médecine, et vient combler de regrettables lacunes que ce dernier laisse dans le traitement des maladies hématiques ; c'est à juste titre que les intéressants travaux de MM. Hannon et Martin Lauzer l'ont, de leur côté, recommandé au monde médical : le fer et le manganèse sont congénères en thérapeutique ; on sait que leur affinité est des plus grandes ; ils se trouvent presque con-

stamment mélangés dans leurs minerais, et les métallurgistes savent la difficulté qu'on éprouve à les séparer et à les obtenir purs. Une autre analogie, plus frappante encore, c'est que tous deux font partie intégrante de l'organisme humain : depuis que Menghini, Forke et Lemery ont successivement démontré l'existence du fer dans le sang, où Leuwennoëck, de son côté, découvrait les globules, on a rencontré du fer dans le règne animal comme dans le règne végétal. Mais depuis 1774, époque où Schéele et Gahn découvrirent le manganèse, il a été surtout reconnu dans les végétaux. Toutefois Burdach affirme déjà qu'on en trouve dans quelques-uns de nos organes, mais que les plantes renferment plus de fer et de manganèse que les animaux (*Physiologie*, t. VIII, p. 26); et ailleurs il remarque judicieusement : « Si la silice et le manganèse n'ont pu être encore découverts dans le sang, il faut s'en prendre à leur petite quantité » (ibid., 463). Cette vue de l'esprit, inspirée par une puissante logique, devait complétement se réaliser : en 1847, M. Millon annonça à l'Institut que le sang de l'homme contient constamment du manganèse, et en 1848 il répétait, dans sa *Chimie organique* (t. II, p. 733), que la proportion du fer et du manganèse y est assez forte pour qu'on les dose par les méthodes d'analyse habituelles. Ce résultat frappa l'attention; il parut nouveau. Cependant, en 1844, M. Marchessaux indiquait catégoriquement le manganèse parmi les éléments chimiques du sang (*Anatomie générale*, p. 159); déjà, en 1830, Wurzer l'avait signalé dans le résidu de la calcination du sang (Gaz. médic. de Strasbourg, 1849, p. 177); et même on pourrait ajouter que cette découverte remonte jusqu'à Fourcroy et Vauquelin, qui ont trouvé du manganèse dans les os; car ce métal avait dû passer dans le sang avant de s'assimiler au tissu osseux. J'en dirai autant de Gmelin, qui a rencontré du manganèse dans le suc gastrique; John, dans l'épiderme; Vauquelin, dans les poils et les cheveux, etc. En 1849, M. Hannon a confirmé par de nouvelles expériences les conclusions de MM. Millon, Vurzer et Marchessaux; en 1830 et 1831, M. Burin-Dubuisson, pharmacien chimiste à Lyon, à qui j'avais confié le soin des préparations ferro-manganiques, reprenant les analyses chimiques du sang, a constaté que le manganèse y est aussi constant que le fer, et qu'ils s'y trouve dans des proportions déterminées qu'il a dosées avec habileté. Enfin, je puis signaler un fait nouveau de chimie pathologique que nous avons découvert, M. Burin et moi, en faisant ensemble plusieurs analyses du pus pour mon *Mémoire sur la pyogénie et la suppuration bleue*. Nous avons reconnu que le pus louable, exempt de tout mélange de sang et d'impureté, renferme non-seulement du fer, mais encore du manganèse.

*

Ainsi ce métal, comme le fer qu'il accompagne, fait partie intégrante de notre organisme; on a établi l'existence du fer dans la plupart de nos solides et de nos liquides, par exemple : Thénard, dans la bile et la sueur; Braconnot, dans le suc gastrique; Marchand, dans la lymphe; Berzélius, dans le lait; Lassaigne, dans le cerveau; Lhéritier, dans les tissus fibreux et la choroïde; Berthollet, dans les poils; Gmelin et Berzélius, dans les pigments, etc. Je suis convaincu que partout où le fer se montre en quantité notable, le manganèse y existe aussi, et qu'en le cherchant mieux, on le démontrera dans plusieurs parties où il n'a pas encore été soupçonné. Son rôle principal pour nous, c'est de faire partie des globules sanguins, comme le fer.

Ceci posé, on comprend que dans les maladies du sang il ne suffise pas d'administrer le fer seul; ses insuccès ne sont que trop manifestes dans une foule de cas : pour mon compte, j'ai depuis longtemps observé qu'il est certaines chloroses qui résistent opiniâtrément à la médication martiale; le fer se trouve à leur égard dépouillé de toutes ses vertus spécifiques, et il ne les guérit pas plus qu'il ne guérit les chloro-anhémies qui se lient aux affections cancéreuses et aux dégénérescences organiques. — Il en est d'autres qui, après avoir subi une modification avantageuse, s'arrêtent dans la voie du progrès et restent stationnaires sans s'amender davantage. Le fer semble avoir épuisé son action sur elles; il ne peut plus terminer le traitement. D'autres enfin cèdent d'abord plus ou moins vite à la médication ferrugineuse; mais la cure n'est qu'apparente, et la maladie, qu'on croyait guérie, reparaît après un temps variable. On sait combien ces récidives font souvent le désespoir du malade et du médecin. Citons à l'appui de ces remarques une autorité que personne ne contestera : « Il faut, écrivent MM. Trousseau et Pidoux, il faut dire, *parce que c'est une vérité que l'on comprendra en vieillissant dans la pratique,* que le fer, après avoir amendé rapidement les accidents les plus graves de la chlorose, devient quelquefois tout à coup impuissant, et nous laisse désarmés en présence d'une maladie qu'il semble dominer en général avec tant de facilité. Ce médicament, dans ce cas, agit d'autant moins sûrement que l'affection est plus ancienne, et surtout que les récidives ont été plus fréquentes » (*Traité de thérapeut.*, t. I).

Il y a donc indication à rechercher un adjuvant du fer; car, du moment qu'il ne peut plus suffisamment réparer le sang appauvri, le fer ne manque pas seul; c'est un autre élément qui fait défaut. Cet adjuvant efficace, je le trouve dans le manganèse qui, comme le fer, entre dans la constitution des globules sanguins. Aucun remède ne saurait être plus rationnellement indiqué. Ainsi, donner alors du manganèse, c'est

fournir un agent *réparateur* et *générateur du sang*, dont il fait partie intégrante. On m'objectera sans doute qu'on guérit les chloro-anhémies sans cela! Je suis le premier à le reconnaître, mais il importe d'en discuter les causes. C'est d'abord que les préparations ferrugineuses des pharmaciens contiennent fréquemment un peu de manganèse; M. Soubeiran remarque que le vitriol du commerce en renferme souvent; et alors on donne ainsi du manganèse sans le savoir.

C'est, ensuite, qu'il nous vient du manganèse de nos aliments, comme il nous vient du fer : Liebig fait observer « que la plupart des plantes contiennent une certaine quantité de fer qu'on retrouve dans la partie colorante du sang » (*Chimie organique*, p. 53). Il y en a dans le thé, le café, les marrons, le solanum lycospermum, le tabac, certaines graminées, le vin, les œufs, le fromage, le lait, les viandes, etc.—J'en puis dire tout autant du manganèse : nous avons démontré sa présence dans le sang, la chair musculaire et les os des animaux. Gmelin ajoute qu'il existe aussi dans l'écrevisse, l'huître, etc., et qu'il est très-répandu dans le règne végétal, dont il forme un des éléments constitutifs : il suffira de citer le thé, la pomme de terre, plusieurs fucus et lichens, le conium maculatum, le lycopodium, etc. Les sels ferro-manganiques sont absorbés dans le sol par les racines des plantes, pour leur être assimilés : Saussure a expérimenté que les cendres d'orge, de chanvre et de soleil, qui avaient germé et crû dans du protocarbonate de manganèse ou dans un sable arrosé d'une solution de protonitrate manganeux, étaient *très-riches en manganèse*. Cette richesse paraît dépendre de la nature du terrain : dans un sol granitique offrant 9,00 d'oxyde de fer et de manganèse, Saussure a constaté que les cendres de myrtille en rendaient à l'analyse 6,43, et celles du polypode aspidié 8,40; et que, dans un sol calcaire, chargé de 13,00 du même oxyde, les cendres de pin en avaient 10,00 (Gmelin, *Chimie organique*, p. 39).

Ainsi donc, les sources (et il faut signaler encore les nombreuses eaux minérales ferro-manganifères) d'où dérive le manganèse de notre économie sont multipliées; mais en général les quantités qu'elles peuvent fournir journellement à l'organisation sont insuffisantes dans l'état morbide; de là les insuccès de la médication exclusivement ferrugineuse, qui ne remplit que la moitié des indications; de là ces guérisons si souvent incomplètes, et cette tendance fâcheuse à d'incessantes récidives. M. Trousseau est très-explicite à cet égard : « La chlo-
« rose est une maladie dont les femmes se souviennent toute leur vie,
« en ce sens qu'elles sont sans cesse sous l'influence de la récidive, ou
« bien, ce qui est plus commun, qu'elles conservent, avec les appa-

« rences de la santé, la plupart des troubles fonctionnels qui formaient « l'apanage de la chlorose. » Les partisans les plus exclusifs du fer le reconnaissent tous plus ou moins. M. Cazin, tout en prétendant « avoir obtenu des succès constants de l'emploi exclusif du fer *dans toutes les chloroses* qu'il a eu à traiter depuis trente-six ans», avoue, d'autre part, avoir « connu *beaucoup de femmes* qui n'ont pu se préserver du retour de la chlorose, *pendant un grand nombre d'années*, qu'en faisant un usage fréquent et varié des préparations ferrugineuses » (*Monographie de la chlorose*, 1850, p. 33 et 95). Aujourd'hui la chimie, en nous révélant la cause réelle de ces cures incomplètes, nous a indiqué le remède efficace. Dès lors, en adjoignant aux préparations martiales une petite proportion de manganèse, ainsi que l'analyse du sang le réclame, on imprime aux premières toute l'énergie qui leur manque, et l'on aide puissamment à la réparation des globules et à la reconstitution normale du fluide sanguin.

Ici se présente une autre exagération à combattre, tant il est difficile de se défendre de l'erreur ! On a prétendu que parfois il fallait prescrire exclusivement du manganèse, sous le prétexte qu'il manquait seul dans certaines chloro-anhémies. Mais c'est là une théorie purement spéculative, dont on n'a point administré la preuve, et même le diagnostic de ces différents états n'a pas été esquissé : « Si le fer, disait M. Hannon, ne produit pas de bons effets après un mois, il faut administrer le métal qui manque ; sans cela, il y a danger ; car lorsque les ferrugineux ne guérissent pas le malade, ils empirent sa position. Les globules sanguins, surchargés de fer, ne sauraient plus en absorber, et ce métal ne fera qu'obstruer les voies digestives. » Je me suis déjà élevé contre une pareille doctrine ; en procédant ainsi par un tâtonnement empirique, sans règle et sans signes pathognomoniques, on risque de faire perdre un temps précieux et d'exposer les jours du malade. Tous les praticiens sont d'accord sur l'immense danger que présente la durée prolongée de la chlorose, surtout chez les sujets disposés aux scrofules, aux tubercules, à la phthisie, aux hémorrhagies, etc. On a dit avec raison : « *Lorsqu'on laisse la maladie s'invétérer, la guérison devient difficile, quelquefois impossible*... ; parfois l'extrême faiblesse amène l'extinction de la vie ; enfin, des chlorotiques meurent d'une maladie intercurrente à laquelle, sans la chlorose, ils eussent pu résister » (Cazin, p. 69). Lors donc qu'il y a péril avéré, il serait aussi imprudent qu'irrationnel de perdre un temps irréparable à de malencontreux essais, surtout quand on a sous la main les moyens de faire beaucoup mieux et d'emblée.

Ajoutons à tout cela qu'il y a une erreur capitale dans le point de

départ : on a supposé que tantôt le fer, tantôt le manganèse diminue et manque dans les globules et l'hématosine. La diminution du fer est un fait incontestable, mais on l'avait mal interprété; elle correspond en général à la diminution des globules : ainsi, dans dix analyses de M. Lhéritier, on voit les globules, du taux normal 127, descendre successivement, dans la chloro-anhémie, de 100 à 63, et même au-dessous; tandis que dans la pléthore il a vu, dans dix autres expériences, les globules monter de 129 à 147 (*Chimie pathologique* p. 160). Fœdisch a représenté dans le tableau suivant les rapports qui existent entre les différentes parties du sang chlorotique :

	Sérum.	Cruor.	Fibrine,	Fer.	Eau.
Etat normal...	8,601	12,400	2,511	0,801	75,687
Chlorose......	9,261	9,141	0,640	0,350	80,629

Remarquons que les globules dans Lhéritier, et le fer dans Fœdisch, ont diminué de moitié. Mais en dosant le cruor *in globo*, on ne sépare point assez nettement les globules; M. Denis a établi cette séparation dans son excellent ouvrage sur le sang : dans trente-une analyses très-soignées, on voit le sang descendre de 1,075 de densité à 1,045; les globules, de 173,127 à 64,327; enfin, l'oxyde de fer, de 0,346 à 0,128. La différence ici est de près des deux tiers entre les deux extrêmes pour le fer et les globules. Quant au manganèse, il avait été oublié jusqu'à présent. M. Burin-Dubuisson a fait cette analyse comparative, et l'a résumée dans un tableau intéressant, qu'il rapporte à 1,000 grammes de sang :

	Poids : des globules,	de l'oxyde ferrique,	de l'oxyde manganique.
Homme pléthorique...	143,500	1,360	0,071
Sang normal........	128,200	1,220	0,060
Femme chlorotique...	63,980	0,500	0,025

On voit une diminution progressive, *mais proportionnelle*, du manganèse, du fer et des globules; elle est ici d'environ 1/2, comme dans Fœdisch et Lhéritier; les petites différences qui existent dans les chiffres s'expliquent aisément par la délicatesse et les difficultés de semblables opérations. — Il survient donc une diminution générale du fer et du manganèse dans la masse totale du sang; il y aurait erreur à prétendre que tantôt le fer, tantôt le manganèse, fait défaut dans le globule sanguin, et que ce dernier peut être surchargé ou dépouillé de l'un ou l'autre de ces deux métaux. Dans l'état actuel de la science, on ne peut pas soutenir que la constitution chimique des globules et de l'hématosine n'est ni homogène ni identique, mais qu'elle est essentiellement variable. Car nous venons de voir, par un rare consensus

dans les analyses, que la diminution des deux oxydes est généralement proportionnelle à celle des globules ; on admet qu'il en est de même pour l'hématosine, et l'on en donne la démonstration suivante : dans quatre expériences différentes, M. Lecanu, opérant sur 100 parties d'hématosine retirée du sang de deux femmes de vingt-huit et quatre-vingt-trois ans, et de deux jeunes gens de vingt-neuf ans, M. Lecanu, dis-je, a pu extraire 10 parties de peroxyde de fer, représentant 7 p. 1 de fer métallique. Ces expériences, remarque M. Lhéritier, démontrent que le peroxyde de fer existe en proportion constante dans l'hématosine, circonstance qui doit faire croire à l'homogénéité de cette substance (*Chimie patholog.*, p. 93). On en a conclu que la matière colorante du sang diminue comme le chiffre des globules, mais qu'elle ne subit pas elle-même de modification dans sa nature, et qu'elle ne saurait perdre ni prendre plus ou moins de fer, ni de manganèse, sans cesser d'exister comme hématosine.

Sous ces divers rapports, ce serait un véritable contre-sens chimique de prétendre que tantôt il y a plus de fer, tantôt plus de manganèse dans chaque globule du sang, et qu'il faut administrer l'un ou l'autre métal exclusivement. En conséquence, j'ai cru devoir suivre une marche tout à fait opposée à une pareille doctrine : les deux métaux existent simultanément dans le sang humain ; j'ai cru devoir les réunir ensemble dans mes formules ; cette alliance est rationnelle et commandée par les faits chimiques.

C'est surtout dans les maladies du sang que les préparations ferro-manganiques m'ont rendu de notables services ; elles ont une action spéciale sur l'appareil vasculaire, sur l'hématose et sur le liquide sanguin lui-même ; selon l'expression de M. Guersant, on ne saurait douter que le fer ne se combine plus facilement et plus intimement (c'est aussi l'opinion de M. Lecanu) avec le sang qu'avec les autres humeurs. On peut en dire autant du manganèse. Ils n'agissent pas seulement comme toniques ou astringents ; car les astringents et les toniques purs sont d'une insuffisance reconnue. Ils sont les régénérateurs du sang. Ils m'ont admirablement réussi dans les chloro-anhémies suite d'hémorrhagie, d'opération, de polypes, de métrorrhagie, etc. Ils m'ont été d'un merveilleux secours dans la chlorose que détermine la révolution de la puberté chez les jeunes personnes ; j'ai pu constater d'ailleurs, comme MM. Blaud et Wahu, que cette maladie est beaucoup plus commune qu'on ne le pense chez les adolescents, et même les adultes du sexe masculin. J'ai eu souvent aussi à la traiter chez les femmes à l'âge critique, où il s'opère dans l'organisme une révolution inverse à celle de la puberté. Un phénomène que l'on regarde avec

raison comme très-grave dans ce cas, c'est l'hémorrhagie passive ; s'il est vrai que la fibrine devient parfois prédominante par la diminution des globules au point de rendre le liquide sanguin (tout appauvri qu'il est), relativement plus plastique et moins disposé aux hémorrhagies, cependant il me semble que le plus ordinairement le sang est réellement plus fluide et plus aqueux lorsque la maladie est prononcée. J'ai souvent, chez des femmes sur le retour, rencontré des métrorrhagies inquiétantes, avec un teint bistre ou jaune-paille, qui pouvait faire craindre une maladie organique de la matrice. L'hémorrhagie n'était qu'une complication, et j'ai obtenu de beaux succès avec les formules ferro-manganiques sur des personnes qui étaient condamnées, et paraissaient perdues. J'ai l'habitude de m'aider alors des toniques et de l'ergotine-Bonjean, etc.

L'aménorrhée et la dysménorrhée sont des complications plus communes, dont les femmes se tourmentent beaucoup ; la plupart se plaignent du sang, et prétendent qu'il les travaille, et qu'il faut qu'on leur en ôte, parce qu'il ne peut prendre son cours. En général, il faut bien se garder d'accéder à leur désir, sous peine d'aggraver l'état morbide. J'ai même constaté plus d'une fois, dans l'aménorrhée avec chlorose grave, qu'il ne faut pas désirer trop tôt les règles, ni rien faire pour précipiter leur retour, car l'écoulement menstruel fait empirer le mal, par la perte de sang qu'il détermine, et par la débilitation progressive qui s'ensuit. Il faut surtout s'attacher au traitement de la maladie générale.

On conçoit que, dans cet état d'altération du sang, la circulation souffre ; aussi rencontre-t-on assez fréquemment un œdème des extrémités inférieures. C'est une complication digne d'une attention sérieuse, mais généralement moins grave que la métrorrhagie ; je l'ai vue disparaître, à mesure que la guérison s'opérait, sous l'influence de la médication ferro-manganique.

Son efficacité n'est pas moins heureuse dans les cachexies anhémiques qui succèdent aux fièvres intermittentes prolongées ; elle m'a rendu également des services notables dans les chloro-anhémies dont se compliquent les suppurations prolongées, les affections strumeuses, syphilitiques, cancéreuses, la phthisie, etc. Je donne alors la préférence aux pilules et au sirop d'iodure ferro-manganeux, etc.

Dans tous ces cas on est porté à considérer les préparations ferro-manganiques comme des toniques analeptiques et régénérateurs ; on voit que non-seulement elles exercent une action vivifiante sur l'estomac et le système nerveux, mais encore elles sont absorbées, et vont, en pénétrant dans le torrent circulatoire, porter au sang les éléments né-

cessaires à la formation de l'hématosine et à la formation de nouveaux globules, de manière à reconstituer l'état normal du liquide sanguin. Aujourd'hui la réparation du sang ne saurait être mise en doute ; voici un tableau où MM. Andral et Gavarret ont, dans la chlorose, démontré les progrès de la guérison, en étudiant comparativement le sang avant et après le traitement ferrugineux.

	PREMIER SUJET.		DEUXIÈME SUJET.	
	Avant.	Après 3 semaines.	Avant.	Après 1 mois.
Fibrine	3,5	3,3	3,0	2,5
Globules	49,7	64,3	46,6	95,7
Matériaux solides du sérum	94,0	100,9	83,9	83,3
Eau	852,8	831,5	866,5	818,5

Il est ainsi de la dernière évidence que les préparations martiales font augmenter promptement le nombre des globules. La puissance de la médication ferro-manganique est encore plus grande sous ce point de vue.

L'état chloro-anhémique provoque du côté du cœur des désordres fonctionnels plus ou moins intenses, qu'il importe de ne pas laisser persister, sous peine de tomber dans un cercle vicieux ; car si la chlorose engendre la cardiopathie, d'autre part, toute gêne dans les fonctions du cœur amène une altération du sang. Ainsi, en 1833, M. Lecanu ayant, sur la demande de M. Gendrin, analysé le sang de trois hommes et de cinq femmes atteints de maladies chroniques du cœur, constata une diminution sensible dans les globules et dans la fibrine, et une augmentation dans le sérum. J'ai eu à traiter chez des chlorotiques des palpitations violentes qui pouvaient inspirer des craintes, et qui ont fait commettre de graves erreurs de diagnostic : j'ai, comme MM. Guersant, Cazin, etc., vu des médecins croire à un anévrysme ou à une hypertrophie, et vouloir saigner les malades, alléguant qu'ils se plaignent que le sang se porte sur le cœur et les étouffe. Il faut bien se garder de tomber dans une faute aussi grave pour l'honneur du médecin et le salut de son client. On réussit en combinant les préparations ferro-manganiques avec la digitale et les autres tempérants.

Ce que je viens de dire du cœur s'applique également aux poumons : souvent la gêne de la respiration et de l'hématose est telle, qu'on peut croire à une maladie organique ; certaines chloroses simulent une phthisie, à cause de la dyspnée, de la toux et des douleurs vagues de la poitrine dont elles s'accompagnent, sans oublier le dépérissement général. Il importe de ne pas s'y laisser tromper et de bien diagnostiquer la maladie ; ici encore il ne faut pas laisser le mal s'invétérer,

car il paraît hors de doute que les tubercules pulmonaires ont pu se développer plus d'une fois sous l'influence chlorotique. La maladie, prise à temps, cède heureusement aux formules ferro-manganiques, en leur adjoignant le sirop de lactucarium, celui de Flon, l'eau de laurier-cerise, la belladone, la digitale et autres sédatifs. J'en ai souvent obtenu des effets merveilleux chez des jeunes personnes, qu'on a pu rappeler d'un état regardé comme mortel, à cause de sa ressemblance avec la tuberculisation et la phthisie.

On est frappé, dans tous les accidents que nous venons d'étudier, du rôle immense que jouent les nerfs ; c'est qu'en effet ils sont lésés à tel point dans la chlorose, que Sydenham et Morton la classèrent parmi les maladies nerveuses. On connaît l'influence que les peines morales, les passions tristes et en général les émotions nerveuses exercent sur le développement de la chloro-anhémie ; on peut répéter qu'il y a là encore une sorte de cercle pathologique vicieux : si les troubles de l'innervation entraînent l'altération de l'hématose et du sang et engendrent la chlorose, cette dernière, à son tour, réagit sur les nerfs et perturbe les fonctions nerveuses. Pour en comprendre le mécanisme, il suffit de considérer que, de même que les globules sanguins servent à porter l'excitation et la vie aux nerfs et aux organes, de même l'innervation est nécessaire à la revivification des globules ; car cette revivification n'est pas une simple réaction chimique, c'est une opération vitale : le sang et les globules vivent, et quand ils sont morts, le phénomène cesse. Liebig, insistant sur les phénomènes mystérieux que présentent certaines substances, en tant qu'elles appartiennent à l'organisme vivant (*Chimie organique*, page 282), a très-bien fait voir comment l'action délétère de l'acide prussique et de l'hydrogène sulfuré tue les globules du sang. — En somme, les maladies nerveuses se trouvent intimement liées aux maladies du sang. La médication que j'expose m'a réussi dans les unes et les autres, et l'on peut, *à fortiori*, dire des préparations ferro-manganiques ce que Guersant dit du fer : « Elles sont très-recommandables chez les sujets affaiblis par de longues fièvres, lorsque les symptômes d'irritation intestinale ont cessé, et qu'il ne reste plus qu'une débilité des organes digestifs, avec pâleur des tissus et décoloration de la peau » (*Dict. en* 30 *vol.*, I, p. 78). Si, comme l'explique catégoriquement Barbier dans sa *Matière médicale*, le fer réussit dans les troubles nerveux digestifs qui compliquent la chlorose, j'ai expérimenté que l'union du manganèse au fer réussit non moins bien dans les accidents analogues, sans qu'il y ait complication chlorotique. M. Gubian a observé, comme moi, que l'adjonction du manganèse fait alors mieux supporter les

ferrugineux. J'ai vu d'ailleurs un grand nombre de dyspepsies, de gastralgies, de gastro-entéralgies être avantageusement modifiées par les préparations ferro-manganiques. Il me suffira de rappeler, à cet effet, l'action spéciale des martiaux sur l'estomac, l'intestin et l'appareil biliaire; mais je n'insisterai pas davantage, me bornant à renvoyer aux auteurs de matière médicale, qui tous en ont traité longuement.

On sait que les névroses et les névralgies de l'appareil digestif sont souvent des complications ou des conséquences de la chlorose; or, là où les stomachiques et le quinquina avaient échoué, le fer a souvent triomphé : les praticiens anglais ont particulièrement préconisé, dans ce cas, le sous-carbonate de fer. Je puis dire que fréquemment des gastrodynies qui compliquent la chlorose ont cédé à l'eau ferro-manganifère et aux pilules de carbonate ferro-manganeux, etc.

J'ai eu beaucoup à me louer des préparations ferro-manganiques dans diverses névropathies avec épuisement, par suite soit d'excès vénériens, soit d'onanisme, soit de croissance trop rapide, etc.; ainsi que dans plusieurs irritations sécrétoires, comme la leucorrhée, le diabète, etc. Je continue mes recherches sur leur action dans certaines stérilités par asthénie, et dans quelques affections hyposthéniques du cuir chevelu, comme la canitie précoce, l'alopécie, etc.

Je me bornerai à ces indications générales, pour aborder de suite la question pharmaceutique. J'ai cru devoir choisir un petit nombre de préparations, afin de mieux apprécier leurs effets, bien convaincu d'ailleurs que, pour les besoins de la pratique, il suffisait d'avoir un choix restreint, mais bien étudié, de sels et de produits ferro-manganiques; leur trop grande multiplicité n'aboutit qu'à causer aux médecins un embarras inutile, et à surcharger, sans profit, la pharmacie et le formulaire.

J'ai longtemps expérimenté avant de publier mes dernières formules : on sait en médecine, par une triste expérience, combien on falsifie souvent les remèdes; j'ai, pour mon compte, surpris de nombreuses sophistications; on faisait des essais d'imitation, avant même que mes procédés pharmaceutiques fussent connus. C'était un inconvénient grave que je voulais prévenir; car je tenais à être sûr de la pureté des produits que j'expérimentais. J'ai commencé mes recherches pharmaceutiques avec M. Buisson, pharmacien, docteur ès sciences; je les ai continuées et terminées avec M. Burin-Dubuisson, son successeur, qui a apporté beaucoup de soin dans ces études, et a composé plusieurs sels nouveaux.

Maintenant l'expérience clinique a parlé hautement en faveur des

préparations ferro-manganiques, dont il se fait un grand usage non-seulement à Lyon, mais encore dans le midi de la France et à l'étranger. Aujourd'hui je ne suis plus, comme dans mon premier Mémoire (1849), réduit à invoquer mes seules observations : je ne connais pas tous les médecins qui ont eu à se louer de mes formules ; je puis toutefois citer personnellement MM. Gensoul, Montain, Gubian, Richard, Desgaultière, Coutagne, Bonnarie, Delorme, etc., à Lyon ; Munaret, à Brignais ; Godefroy, à Vienne ; Martin, à Avignon, Guilland, à Chambéry ; Vidal et Blanc, à Aix en Savoie, etc.

Nos formules sont peu nombreuses ; je ferai observer qu'elles correspondent aux formules du fer le plus généralement approuvées ; ce sont : 1° des *pilules*, soit de carbonate ferro-manganeux, qui remplacent les pilules de Blaud et de Vallet, soit d'iodure ferro-manganeux, qui sont parallèles à celles de Blancard ; — 2° des *pastilles* de lactate ferro-manganeux, qui suppléent celles de Gélis et Conté; 3° des *sirops*, soit de lactate, soit d'iodure ferro-manganeux, que je préfère aux sirops ferrugineux ; 4° un *chocolat* ferro-manganique, qui l'emporte sur les chocolats simplement ferrugineux ; 5° enfin une eau gazeuse ferro-manganifère, qui est préférée à la poudre Quesneville et aux eaux ferrées.

On a observé que non-seulement le manganèse conserve l'eau potable, mais qu'il peut assainir celle qui a été altérée (Martin Lauzer). Il est remarquable que les malades boivent les eaux minérales de Cransac avec facilité et sans inconvénient, malgré l'énorme proportion de fer et de manganèse qui les minéralisent. Les eaux ferro-manganifères ont l'avantage de pouvoir être conservées et transportées au loin, ce qui n'a pas lieu pour les eaux ferrées simples, dont la plupart se décomposent à la longue (1).

Je n'administre pas toutes ces préparations à la fois : la poudre ferro-manganique en forme la base ; d'ordinaire, j'ajoute 2 pilules par jour, que je remplace ensuite par des pastilles, pour ne pas lasser les organes. Les sirops complètent le traitement, où le chocolat joue un rôle utile. Je tiens à prescrire ces médicaments dans les meilleures conditions pour les faire digérer et assimiler ; ainsi je fais prendre les pilules et les pastilles au moment du repas, 1 avant le déjeuner et 1 avant le dîner ; la poudre se mêle à la boisson vineuse. Les sirops se donnent à jeun, à la dose d'une cuillerée d'abord chaque matin ; et

(1) Les sources minérales manganifères sont nombreuses : Borzelius a trouvé du manganèse dans les eaux de Carlstad ; O. Henry, dans celles de Challes; Bonjean, dans celles de Marlioz ; Henry et Poumarède, dans celles de Cransac ; on a signalé aussi ce métal dans les eaux de Pyrmont, Ems, Egra, Salezbrunn, Baden (Suisse), Provins, Luxeuil, etc.

je me trouve bien de faire boire ensuite une infusion *amère* et stomachique soit de petite centaurée, soit de fleurs de camomille et de feuilles d'oranger. Quant au chocolat, c'est à la fois un aliment et un médicament, qui porte en lui-même son véhicule. J'en donne 4 à 8 pastilles par jour.

On a nié l'assimilation des martiaux : mais au moins est-on forcé de reconnaître qu'en faisant passer les produits ferro-manganiques avec le chyle et le chyme, on les met dans les conditions les plus propices pour les faire absorber par les vaisseaux, et pénétrer dans le sang.

Je ne suis pas partisan des hautes doses : d'abord, quand on prescrit simultanément le fer et le manganèse, il n'est pas nécessaire d'en prescrire une grande quantité, parce qu'on n'administre pas un seul produit à la fois, mais qu'on en combine plusieurs ensemble; et enfin parce que l'adjonction du manganèse rend la médication martiale plus efficace. — D'ailleurs le fer à haute dose fatigue : il peut amener des céphalées, une névropathie, des hémorrhagies, comme l'épistaxis, etc.; en un mot, il entraîne des accidents. Il en est de même du manganèse ; les expériences de Gmelin ne laissent pas de doutes à cet égard : à faible dose, le manganèse agit favorablement sur l'appareil gastrique, le foie et la sécrétion biliaire; à forte dose, il irrite l'estomac et fatigue les nerfs.

Il y a plus : les préparations martiales à dose trop élevée deviennent nuisibles et même toxiques : on fait mention d'un empoisonnement chez une jeune fille qui prit 30 grammes de vitriol vert. Si la mort ne s'ensuivit pas, il n'en fut pas de même chez un jardinier dont parle Christison et qui fut empoisonné par 45 grammes de chlorure de fer. Smith et Orfila ont facilement empoisonné et fait périr des chiens avec du sulfate de fer.

Il ne convient donc pas de pousser trop loin les doses des martiaux.

D'ailleurs, que prétend-on faire ? On ne saurait changer brusquement l'état du sang et des nerfs; et l'on peut dire que, même si on le pouvait, il ne faudrait pas l'entreprendre. Mais on ne doit ni l'espérer, ni le tenter ; la chose est impossible : la réparation du sang est lente et progressive.

Nous devons ajouter que le fer et le manganèse ne se digèrent et ne s'assimilent plus si l'on élève trop les doses : il y a saturation, mais il n'y a pas d'absorption, ou bien elle s'opère mal et incomplétement ; le médicament se donne alors en pure perte, car il est rendu en grande partie par les sécrétions et les évacuations. En voici des exemples curieux : Davy a, selon Gmelin, expérimenté que, si l'on plonge des plantes dans une eau surchargée de matière organique (extractive du

terreau), la racine absorbe la dissolution la plus faible, et refuse celle qui est plus concentrée. Il est fort remarquable qu'il en soit à peu près de même chez les animaux et chez l'homme : MM. Trousseau et Pidoux mentionnent des expériences très-probantes de Bruesk, qui démontrent que le fer passe dans le sang (Tiedeman et Gmelin ont, de leur côté, pu suivre sa marche dans les veines mésaraïques et la veine-porte) ; que le phosphate, le muriate et le carbonate de fer sont *digérés et assimilés* à la dose de 5 centigrammes par jour ; qu'enfin la masse du sang d'un lapin n'a pu être saturée de plus de 40 à 50 centigrammes. « L'assimilation semble ensuite s'arrêter, et les doses ultérieures furent évacuées pendant quinze jours par les lapins soumis à ces expériences. » (*Mat. médic.*, tom. II). Barbier a fait des observations analogues sur l'homme.

A l'égard des proportions, c'est la constitution normale du sang qui m'a servi de guide : comme il s'y trouve beaucoup plus de fer que de manganèse, j'ai pris soin de n'introduire dans les formules qu'une quantité toujours beaucoup moindre de ce dernier métal ; aussi n'y figure-t-il que dans le rapport de 1 à 3. Je répète que l'adjonction du manganèse fait mieux supporter le fer, en même temps qu'il le rend plus actif et plus efficace ; diverses personnes qui souffraient des martiaux, ont bien toléré les formules ferro-manganiques. Seulement il faut en surveiller la préparation, qui demande à être bien faite. On devra se prémunir contre toute sophistication du remède. J. Pétrequin.

DE L'EMPLOI DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS LA SYPHILIS COÏNCIDANT AVEC LES PREMIERS TEMPS DE LA GESTATION.

Par J. Mazade.

Pendant fort longtemps les préparations mercurielles furent rejetées du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes. La crainte de provoquer l'avortement ou de porter atteinte à la santé et à la viabilité future de l'enfant était la raison qu'on invoquait pour justifier cette exclusion.

A diverses époques et même à des époques assez reculées, quelques auteurs éminents, entre autres Nicolas Massa, Garnier, de Lyon, et de Blégny, protestèrent contre une telle appréciation des effets de la médication mercurielle. Cette prévention n'en conserva pas moins presque toute sa force jusque vers la fin du siècle dernier. Bell et Bertin doivent être comptés parmi ceux qui contribuèrent le plus à en démontrer l'erreur et les dangers. Il résulte, en effet, de leurs travaux importants, fondés sur des observations nombreuses, que les

graves conséquences qu'on attribuait à l'action du mercure étaient le plus ordinairement les effets de la syphilis chez les femmes enceintes, lorsque aucun traitement n'intervenait, et que précisément le moyen le plus puissant de prévenir ces conséquences résidait dans l'emploi convenablement dirigé des préparations mercurielles.

Ces conclusions ont été confirmées par le témoignage des syphiliographes modernes; on les trouve consignées dans les ouvrages de MM. Lagneau, Gibert, Baumès, etc., et surtout dans le passage suivant du livre de M. Ricord : « Le temps de la grossesse, loin de s'opposer à ce que des soins énergiques soient donnés, exige encore plus d'attention et de sage promptitude. J'ai vu bien plus d'avortements chez les femmes syphilitiques non traitées que chez celles qui, prises à temps, étaient soumises à une médication méthodique » (page 614).

Lors même qu'on jugerait cette question importante de thérapeutique seulement à l'aide de l'induction, il serait difficile d'admettre qu'aucune influence nuisible ne fût exercée sur le cours de la gestation et sur l'organisme du fœtus par une maladie qui, le plus ordinairement, établit son siége primitif sur les organes génitaux, y détermine des inflammations, des douleurs vives, des ulcérations, des écoulements, etc., et qui souvent même se manifeste sur le col de l'utérus par des altérations plus ou moins graves, que M. le docteur Gibert a si bien appréciées et si bien décrites dans son excellent Manuel des maladies vénériennes. D'ailleurs, en l'absence de tout traitement, cette maladie ne se généralise-t-elle pas? Et alors l'infection constitutionnelle de la mère ne doit-elle pas se transmettre à l'enfant?

Nul doute ne saurait être élevé aujourd'hui sur la nécessité de traiter la syphilis pendant l'état de gestation. Il est évident, toutefois, en se servant des expressions de M. le docteur Gibert, « que l'état de grossesse demande plus de réserve, de prudence et d'attention dans le traitement; que les doses du remède doivent être plus faibles, moins rapprochées, et suspendues sitôt qu'il survient quelque accident » (Manuel des maladies vénériennes, p. 629).

Le traitement mercuriel doit-il être appliqué indistinctement à toutes les époques de la grossesse? La moindre temporisation peut amener les suites les plus graves. On a toujours à redouter l'avortement, ou un accouchement prématuré, ou les progrès d'une maladie qui, devenue constitutionnelle, peut se transmettre au produit de la conception. Il n'est pas jusqu'au dernier mois de la grossesse où, contre l'opinion de Bertin, l'intervention de la thérapeutique ne soit utile. Si le temps est trop court pour opérer la guérison, on peut néan-

moins espérer d'obtenir une amélioration, et diminuer les chances d'infection pour l'enfant lors de sa naissance.

S'il est une époque de la grossesse où il importe le plus d'user de discernement et de prudence dans le choix et dans le mode d'administration des préparations mercurielles, c'est sans doute celle qui correspond aux premiers mois. Alors la femme se trouve dans des dispositions défavorables à l'action et aux effets d'un traitement quelconque. Son impressionnabilité physique et morale est évidemment exagérée; des perturbations nombreuses se manifestent souvent dans les fonctions digestives, dans l'innervation, dans la circulation, etc.; l'avortement peut être provoqué par la cause la plus légère.

Le traitement par les frictions mercurielles m'a paru devoir s'adapter le mieux à de telles conditions. C'est la méthode à laquelle Bell, Bertin, M. Baumès, etc., donnent la préférence. C'est aussi celle que j'ai adoptée dans les observations que je rapporte dans ce travail.

Obs. I. *Deuxième mois de la grossesse.—Blennorrhagie.— Ulcères syphilitiques primitifs aux parties génitales.* — Une fille, âgée de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladies graves et régulièrement menstruée dès l'age de dix-sept ans, n'avait pas vu reparaître ses règles depuis deux mois, lorsqu'elle éprouva de la cuisson à la vulve. Bientôt un écoulement qui tachait le linge en jaune se déclara. Quelques jours après, des ulcérations apparurent sur les parties génitales extérieures.

Le 6 mars 1842, dix-huitième jour de la manifestation de ces symptômes, elle me fit appeler.

Il existait alors, à la face interne de la grande lèvre gauche, deux ulcères ovalaires, très-étendus et tendant à se réunir vers l'extrémité de leur axe. Leurs bords étaient saillants et taillés à pic; leur surface était profonde, grisâtre et indurée. Trois ulcères d'une moindre dimension, arrondis et offrant des caractères analogues à ceux des précédents, siégeaient l'un sur la face interne de la grande lèvre droite, et les deux autres au-dessus du méat urinaire. Les grandes lèvres étaient engorgées. La membrane muqueuse de la vulve était rouge, tuméfiée, et recouverte d'une matière épaisse et jaunâtre; le vagin enflammé et douloureux; l'introduction du doigt ne pouvait être tolérée. Il s'en écoulait un liquide muco-purulent abondant.

Les ganglions de l'aine gauche étaient notablement engorgés et sensibles à la pression.

Cette malade me rapporte que depuis plusieurs mois elle avait des

relations avec un homme d'une conduite fort déréglée, et que j'avais traité tout récemment d'une blennorrhagie et de chancres du gland.

Elle éprouvait de l'anorexie et des vomissements; elle craignait d'être enceinte.

Les ulcères furent cautérisés avec le nitrate d'argent. Je conseillai des lotions et des injections émollientes et calmantes, des frictions avec 3 grammes d'onguent mercuriel à répéter chaque soir sur les membres inférieurs, et des onctions mercurielles sur l'aine gauche.

Le huitième jour de l'administration de ce traitement, la tuméfaction inguinale, l'inflammation de la vulve et du vagin avaient diminué. L'aspect des ulcères s'était amélioré; l'écoulement blennorrhagique persistait. Mêmes prescriptions.

Le douzième jour, les ulcères situés au-dessus du méat urinaire étaient en voie de cicatrisation, ceux des grandes lèvres conservaient la même étendue, mais leur aspect se rapprochait de celui des plaies simples; l'engorgement inguinal avait disparu, la sécrétion muco-purulente du vagin n'était nullement modifiée. L'inflammation de la vulve et du vagin n'existait qu'à un faible degré. Injections dans le vagin avec une solution de nitrate d'argent. Même traitement.

Le quinzième jour, cicatrisation des ulcères situés au-dessus du méat urinaire, amendement des plus notables des autres ulcères; flux blennorrhagique plus consistant, laiteux et moins abondant; rougeur et légère tuméfaction des gencives. La dose des frictions mercurielles fut réduite à 2 grammes, les injections vaginales avec la solution de nitrate d'argent furent continuées. Frictions répétées sur les gencives avec de l'alun en poudre.

Le vingt-deuxième jour, l'écoulement vaginal avait cessé; tous les ulcères étaient cicatrisés. Leurs cicatrices reposaient cependant sur un tissu induré; l'état fluxionnaire des gencives n'avait pas progressé.

Pendant dix jours encore on insista sur l'usage des frictions mercurielles. Au bout de ce temps, toute induration et tout autre symptôme syphilitique avaient définitivement disparu.

Cette fille ne tarda pas à percevoir les mouvements actifs du fœtus. Neuf mois après l'époque de la suspension de ses règles, elle accoucha d'un enfant bien développé, et qui n'a jamais offert de signes d'infection syphilitique.

Obs. II. *Deuxième mois de la grossesse; ulcères syphilitiques primitifs à la vulve.* — Une jeune fille de dix-neuf ans, d'une forte constitution, pléthorique et régulièrement menstruée dès l'âge de seize ans, éprouvait pour la première fois un retard de trois mois dans

le retour de ses règles. Cette suspension n'avait nullement influé sur sa santé.

Cependant, depuis une vingtaine de jours, de l'inflammation et des ulcérations s'étaient manifestées aux parties génitales extérieures. Soupçonnant la nature et l'origine de ces symptômes, elle eut recours à mes soins le 18 juin 1844.

J'observai les signes suivants : de petites ulcérations nombreuses, de forme lenticulaire, recouvraient la petite lèvre droite. Un ulcère de l'étendue d'une pièce de 25 centimes siégeait sur la petite lèvre opposée. Les ulcères étaient arrondis, faits comme avec un emporte-pièce ; leurs bords étaient élevés, leur fond grisâtre, inégal et induré. La membrane muqueuse de la vulve était enflammée et tapissée de mucosités épaisses et sanguinolentes. Des douleurs vives succédaient à l'émission de l'urine, la marche était pénible ; un mouvement fébrile existait.

La malade attribuait l'origine de ces accidents morbides à une cohabitation fort suspecte, qui avait précédé d'une dizaine de jours leur invasion. Saignée du bras ; lotions calmantes, boissons émollientes.

Quatre jours après l'usage de ces moyens de traitement, l'inflammation des parties génitales et la réaction générale avaient perdu de leur intensité. Mais les ulcères, et surtout ceux qui avaient le moins de surface, s'étaient agrandis ; les ganglions des deux aines s'étaient sensiblement engorgés. Frictions de 3 grammes d'onguent mercuriel ; cautérisation des ulcères avec le nitrate d'argent.

Le onzième jour de cette médication, plusieurs des ulcères de la petite lèvre droite tendaient à se cicatriser. L'aspect de celui qui occupait la petite lèvre gauche était meilleur. Légère tuméfaction des gencives. Même traitement.

Le seizième jour, augmentation de l'engorgement des gencives, goût métallique ; aphthes sur la langue, sur la face interne des joues ; amélioration croissante des ulcères. Suspension des frictions mercurielles, frictions alumineuses sur les gencives ; gargarismes astringents, boissons acidules.

Sept jours après leur interruption, les frictions mercurielles furent reprises. Il n'existait plus d'aphthes sur la membrane muqueuse de la bouche. L'emploi des frictions mercurielles fut continué pendant vingt jours ; leur influence sur la bouche se montra moins énergique que la première fois.

Après ce laps de temps, la cicatrisation des ulcères était complétement opérée ; nulle trace d'induration n'était constatée au-dessous des

cicatrices. La guérison était assurée. Alors l'abdomen offrait le développement qu'on observe vers le cinquième mois de la grossesse. Les mouvements actifs du fœtus étaient souvent perçus.

Le cours de la grossesse ne fut nullement troublé ; l'accouchement eut lieu à terme. L'enfant était viable ; il n'a offert aucun signe d'infection syphilitique.

Obs. III. *Deuxième mois de la grossesse.—Ulcères syphilitiques primitifs de la vulve.* — Une femme, âgée de vingt-sept ans, d'une constitution délicate et nerveuse, n'avait jamais eu de maladies syphilitiques; elle était mère de deux enfants bien portants. L'année dernière, elle avait fait une fausse-couche vers le troisième mois de la gestation.

Il y avait deux mois que ses règles étaient suspendues : des digestions pénibles, de l'inappétence, des vomissements, du gonflement et de la sensibilité aux seins lui faisaient soupçonner une nouvelle grossesse.

Depuis près de quinze jours, des ulcérations s'étaient manifestées sur les organes extérieurs de la génération. Appelé le 3 septembre 1846, je constatai les symptômes suivants : la grande lèvre droite était tuméfiée; à sa surface interne existait un ulcère, large, peu profond, à bords saillants, frangés et décollés, à fond brunâtre, et recouvert de lambeaux membraniformes ; il s'était agrandi rapidement depuis quelques jours. On apercevait, à l'entrée du vagin, plusieurs ulcérations peu étendues, profondes et indurées; les ganglions de l'aine droite étaient engorgés ; des douleurs se faisaient sentir dans les lombes et dans l'hypogastre.

Saignée du bras, position horizontale, boissons tempérantes, lotions calmantes.

Trois jours après, le traitement par les frictions mercurielles fut commencé. Les ulcères furent cautérisés avec le nitrate d'argent.

Dès le septième jour de ce traitement, la surface de l'ulcère de la grande lèvre droite s'était détergée ; elle était rouge ; les bord avaient un meilleur aspect. Les autres ulcères s'étaient notablement amendés. Le traitement fut continué. A dater de ce jour, l'amélioration fit des progrès non interrompus ; les gencives ne s'engorgèrent que légèrement.

Après trente-cinq jours, l'emploi des frictions mercurielles fut supprimé. Tout vestige d'affection vénérienne avait cessé.

Accouchement à terme d'un enfant bien portant et ne présentant aucun signe d'infection syphilitique.

Obs. IV. ***Premier mois de la grossesse. — Tubercules muqueux de la vulve et du périnée.***—Une fille, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution lymphatique, était atteinte, depuis près d'un mois, d'une

éruption pustuleuse aux parties extérieures de la génération. Des soins de propreté, des lotions émollientes avaient été inutilement employés ; cette éruption acquérait un plus grand développement. Je fus appelé le 8 février 1850.

De nombreux tubercules aplatis, de forme lenticulaire, saillants, d'un rouge vif, à bords coupés perpendiculairement, siégeaient sur la face interne et sur les bords libres des grandes lèvres, sur le périnée, au pourtour de l'anus ; ils exhalaient un liquide séro-purulent et d'une fétidité caractéristique.

Les tubercules qui recouvraient les grandes lèvres étaient réunis, sur plusieurs points, en plaques larges, sur la surface desquelles on remarquait des ulcérations superficielles ; ceux qui occupaient les autres régions étaient ou isolés ou disposés en groupes plus limités.

La malade attribuait l'origine de cette affection à des rapports fort suspects qu'elle avait eus avec une personne qui l'avait abandonnée depuis un mois et demi. Elle affirmait n'avoir jamais été atteinte de maladies syphilitiques. Ses règles étaient supprimées depuis près de deux mois ; elle avait la crainte d'être enceinte.

Je prescrivis des frictions mercurielles à la dose de 3 grammes, des lotions astringentes et des onctions fréquentes, sur les tubercules, avec la pommade au précipité blanc, conseillée par M. le docteur Gibert.

Le neuvième jour de ce traitement, les pustules étaient affaissées, les ulcérations tendaient à se cicatriser.

Le vingtième jour, les tubercules et les ulcérations avaient disparu.

Cependant, comme ce symptôme syphilitique est un de ceux qui s'effacent le plus rapidement, et que l'affection, dont ils peuvent n'être qu'une manifestation, n'est pas toujours détruite par le fait de sa disparition, le traitement mercuriel fut encore employé pendant douze jours ; son influence sur la bouche ne fut jamais que peu saillante.

Neuf mois après la suppression de la menstruation, l'accouchement eut lieu. L'enfant était viable, et il n'a présenté aucun symptôme syphilitique.

Obs. V. *Troisième mois de la grossesse.—Ulcères syphilitiques des parties génitales extérieures.* — Une femme, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, était enceinte pour la seconde fois ; sa première grossesse n'avait été troublée par aucun accident morbide. Vers le commencement du troisième mois de celle-ci, des ulcérations, accompagnées de douleurs vives et d'inflammation, se développèrent sur les parties sexuelles extérieures.

Le 12 juin 1850, seizième jour de l'apparition des symptômes, je vis pour la première fois cette malade.

La membrane muqueuse de la vulve était rouge ; un ulcère large, profond, douloureux, à bords saillants, à surface grisâtre et indurée, occupait la partie moyenne de la face interne de la grande lèvre gauche ; plusieurs ulcères moins étendus, mais offrant la même physionomie que le précédent, siégeaient sur la petite lèvre du même côté ; les ganglions de l'aine gauche étaient engorgés et douloureux.

Le mari, qui s'offrit aussi à mon examen, portait sur la couronne du gland deux chancres huntériens. Leur apparition avait précédé de quelques jours l'affection que nous observions chez sa femme.

Les ulcères furent cautérisés avec le nitrate d'argent ; 3 grammes d'onguent mercuriel furent employés tous les soirs, en frictions, sur les membres inférieurs.

Une amélioration bien notable existait le dixième jour du traitement.

Le douzième jour, les gencives commencèrent à se tuméfier.

Le dix-septième jour, la surface des ulcères était recouverte de bourgeons charnus ; leurs bords étaient affaissés. L'engorgement des gencives avait augmenté. La membrane muqueuse de la bouche était rouge; des plaques aphtheuses recouvraient quelques points de sa surface. Haleine fétide; goût métallique. Suppression des frictions mercurielles; frictions sur les gencives avec l'alun pulvérisé; gargarismes astringents ; boissons tempérantes.

Au bout de huit jours, tous signes de stomatite s'étaient dissipés. On revint aux frictions mercurielles. Leur dose fut réduite à 2 grammes; elles furent continuées pendant vingt jours. Aucun accident morbide ne se renouvelle du côté de la bouche. La guérison fut définitive.

L'accouchement s'opéra à terme. L'enfant était viable; il fut exempt de toute affection syphilitique.

C'est sous la forme de blennorrhagie, d'ulcères, d'engorgements ganglionnaires et de pustules muqueuses que se révélèrent les symptômes syphilitiques que nous offrent les observations que nous venons de rapporter.

Ces symptômes appartiennent évidemment à la syphilis primitive. Il n'en est qu'un seul, les pustules muqueuses, qui, sans le témoignage désintéressé de ce malade, pourrait être considéré comme un accident syphilitique consécutif. Ils se manifestèrent dans les premiers temps de la gestation : le premier mois dans la quatrième observation, le deuxième mois dans la première, la deuxième et la troisième obser-

vation, et le troisième mois dans la cinquième observation. — Lorsque nous fûmes appelé à en constater l'existence, leur invasion était récente; leur développement était bien caractérisé; leur diagnostic ne pouvait être incertain. Dans le plus grand nombre des cas, nous pûmes remonter à leur origine.

Des troubles digestifs existaient seulement dans les première et troisième observations.

Il y eut des signes qui firent redouter un avortement prochain, dans la troisième observation. La malade avait offert un exemple de cet accident dans une précédente grossesse.

Ce fut au milieu de ces conditions que le traitement mercuriel fut entrepris.

Avant de recourir à cette médication, nous employâmes, dans les deuxième et troisième observations, la saignée et des moyens émollients, soit dans le but de prévenir l'avortement, soit dans celui de diminuer l'intensité des phénomènes inflammatoirs locaux et d'une réaction fébrile générale.

Dans toutes les autres observations, la médication mercurielle fut administrée immédiatement.

Une seule méthode de traitement fut adoptée chez toutes nos malades : ce furent les frictions mercurielles; elles furent employées à des doses peu élevées. Jamais la quantité de 3 grammes d'onguent mercuriel ne fut dépassée dans les vingt-quatre heures. Nous nous hâtâmes d'en suspendre momentanément l'usage ou d'en réduire les doses aussitôt que l'influence de leur action se manifesta sur la bouche. En usant de cette importante précaution, nous n'eûmes pas à observer des signes intenses de stomatite.

L'emploi des frictions mercurielles ne fut discontinué qu'après la disparition complète de toute expression syphilitique locale, et de toute induration au-dessous de la cicatrice des ulcères.

La durée du traitement a été, dans nos observations, à peu près égale à celle qu'exige la cure des symptômes syphilitiques primitifs dans toutes les autres circonstances.

Nous avons continué à observer l'état de nos malades pendant tout le temps de la grossesse, et nous n'avons jamais vu apparaître des accidents syphilitiques consécutifs. Nous avons examiné les enfants, au moment de la naissance et ultérieurement, pendant un temps plus ou moins long; ils ne nous ont offert aucun signe d'infection.

Ainsi, l'affection syphilitique que nous avions à combattre a été constamment et radicalement guérie.

Comme traitement local, nous avons eu recours à des lotions, à des

injections émollientes et calmantes ; à la cautérisation des ulcères avec le nitrate d'argent ; à des injections avec une solution de nitrate d'argent, dans la blennorrhagie ; à des applications de la pommade au précipité blanc, sur les tubercules muqueux.

Parmi les faits assez nombreux de syphilis primitive que j'ai recueillis chez les femmes enceintes et que j'ai soumis au traitement par les frictions mercurielles, je n'ai rapporté, à dessein, que ceux qui coïncidaient avec les premiers mois de la gestation. Il m'a semblé que cette période de la grossesse, qui se complique si souvent de troubles généraux et locaux si divers, qui est si sujette à l'avortement et qui présente des conditions si défavorables au succès du traitement, devait nous fournir, plus que les autres périodes, l'occasion d'apprécier les effets thérapeutiques des médications qu'on expérimentait.

Des observations que nous avons rapportées dans ce travail, il me paraît qu'on doit conclure :

1° Que les frictions mercurielles, dirigées contre la syphilis primitive coïncidant avec les premiers temps de la gestation, procurent une guérison aussi prompte et aussi assurée que dans toutes les autres circonstances ;

2° Qu'administrées avec la réserve que nous avons adoptée, elles ne provoquent aucun accident grave du côté de la bouche, et que toutes les fois que les accidents commencent à se manifester, ils disparaissent rapidement, en suspendant pendant quelque temps la médication mercurielle, ou seulement en en diminuant les doses.

3° Qu'elles n'ont exercé aucune influence nuisible sur le cours régulier de la grossesse, ni sur la viabilité de l'enfant ;

4° Enfin, qu'après la disparition de tous signes d'affection syphilitique primitive, aucun accident consécutif n'est survenu, et que nul indice de transmission de la maladie ne s'est déclaré chez les enfants.

On pourrait objecter que tout autre traitement mercuriel aurait joui des mêmes avantages, dans des circonstances analogues. L'expérience seule doit donner les éléments nécessaires à la solution de toute question thérapeutique.

Pendant deux fois, j'ai fait usage, avec la plus grande circonspection, de la liqueur de Wan Swieten, dans des cas de syphilis primitive qui coexistait avec les premiers mois de la gestation. Pendant deux fois l'avortement a succédé à son emploi.

Parmi les préparations mercurielles employées à l'intérieur, il en est une qui plusieurs fois m'a donné des résultats aussi heureux que les frictions mercurielles : c'est l'onguent mercuriel. Je mentionne ici seulement les résultats, qui doivent être l'objet d'un travail spécial.

J. Mazade.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'OREILLE PAR L'INSUFFLATION ET LE CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

Lorsqu'on songe à la quantité des praticiens qui exploitent spécialement les maladies des yeux, et au petit nombre de ceux qui s'occupent des maladies de l'oreille, on se demande quels sont les motifs de cette différence : c'est que l'organe de l'audition, aussi important peut-être, et non moins délicat que celui de la vision, se présente néanmoins dans des conditions beaucoup plus difficiles pour l'étude et ingrates pour la pratique. Les parties constituantes de l'appareil auditif n'offrent pas, comme celles de l'organe visuel, cette transparence qui permet d'en étudier directement le mécanisme et les altérations. L'oreille moyenne et l'oreille interne sont profondément cachées dans l'épaisseur d'un os de texture si solide que la dissection en est des plus difficiles ; et, d'autre part, les parties constituantes de l'organe auditif sont d'une finesse telle qu'on peut à peine en apprécier les altérations matérielles à l'autopsie.

En second lieu, les nombreuses maladies de ce délicat appareil ne se reflètent pendant la vie que par un petit nombre de symptômes qui leur sont communs : la douleur, le tintouin, la surdité ; d'où résulte que la thérapeutique auriculaire est nécessairement bornée et presque toujours empirique, c'est-à-dire hasardeuse, infructueuse et souvent dangereuse. En outre, l'appareil instrumental, le manuel opératoire et les résultats de leur application sont dépourvus de cet étalage et de cet éclat prestigieux qui font la gloire et la fortune de l'ophthalmologie. Rien en chirurgie otologique ne peut être comparé aux merveilles d'une opération de cataracte, de pupille artificielle, et même de fistule lacrymale....

Voilà pourquoi l'otologie est si peu cultivée par les savants, les praticiens et même les charlatans.

Et pourtant, si déshéritée qu'elle soit, la thérapeutique auriculaire est encore embarrassée de quelques procédés, sinon superflus, du moins dont l'importance a été fort exagérée. C'est ainsi qu'il est souvent possible de se passer du *speculum auris*, dans l'exploration du conduit auditif externe, si l'on a soin d'exposer celui-ci à une vive lumière et de tirer le pavillon de l'oreille en dehors et en haut, en même temps qu'avec l'index de l'autre main on écarte le tragus, afin de redresser et d'élargir le canal. Si celui-ci est trop étroit, recourbé et profond pour que cette inspection *naturelle* puisse s'effectuer, le spéculum

n'offre guère plus de ressources, indépendamment de la douleur assez vive que produit souvent son application.

Une autre manœuvre dont on fait abus, c'est l'injection du conduit auditif externe, au moyen de la seringue. Celle-ci n'a d'utilité que lorsqu'il s'agit de déterger, de balayer avec une certaine force les matières adhérentes. Encore doit-on procéder, même dans ce cas, avec douceur et précaution, car ces injections sont souvent douloureuses; elles ont un autre inconvénient dont les auteurs n'ont pas parlé, c'est de produire des vertiges et des imminences de lipothymie qui affectent très-désagréablement les malades. C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai imaginé un procédé très-simple, très-innocent et que le malade peut appliquer lui-même : Prenez un tuyau de plume ouvert aux deux bouts, plongez un de ceux-ci dans le liquide à injecter; obturez l'autre bout avec l'index, de manière à retenir le liquide dans le tuyau, par le mécanisme du siphon. Portez le tube ainsi chargé dans le conduit auditif, en penchant la tête du côté opposé; levez le doigt obturateur, et le liquide coulera doucement jusqu'au fond du conduit.

Du moment où Valsava eut découvert les usages de la trompe d'Eustache, diverses méthodes opératoires prirent naissance, dans le but de permettre à l'air de pénétrer dans la caisse du tympan. Cheselden imagina de perforer la membrane du tympan elle-même. Cette opération, bien que perfectionnée par Itard, Deleau, etc., est à peu près abandonnée comme stérile et dangereuse; ou du moins on la réserve pour les cas désespérés de surdité complète et incurable. Voilà donc frappés d'inutilité les poinçons, stylets, trocarts, emporte-pièces que, dans tous les cas, le premier instrument piquant, une dent d'écaille, peut suppléer.

La perforation des cellules mastoïdiennes, dont l'origine est antérieure à celle de la perforation du tympan, est depuis longtemps abandonnée, en tant que moyen d'introduction de l'air dans l'oreille moyenne. Elle n'est plus usitée que comme moyen de donner issue au pus incarcéré dans les cellules mastoïdiennes.

Mais il est une autre opération qui a survécu aux précédentes, et qui est encore la base sur laquelle repose en grande partie la thérapeutique auriculaire : c'est le cathétérisme de la trompe d'Eustache, inventé, vers le milieu du siècle dernier, par un profane, un maître de poste nommé Guyot. Cette opération, tombée d'abord dans l'oubli, fut réhabilitée par le célèbre Astley Cooper. Depuis lors elle a été mise en usage par tous les otologistes : Itard, Saissy, Deleau, Kramer, Ménière, etc. Elle a reçu, chemin faisant, de nombreuses modifications. A la sonde métallique on a voulu substituer les sondes flexibles, graduées; mais

la première avec ses formes modernes, sa finesse et sa terminaison en olive, est encore celle qu'on doit préférer. Les usages de la sonde ont aussi beaucoup varié. Destinée d'abord à introduire de l'air dans l'oreille moyenne, on s'en est servi ensuite pour faire pénétrer des substances médicamenteuses, liquides ou gazeuses, des corps dilatants (corde à boyau), des caustiques (pierre infernale), des stylets aigus; d'autres fois on en a fait un simple agent de désobstruction, de dilatation, etc. Nous allons examiner le cathétérisme à ces divers points de vue, après avoir décrit l'opération elle-même.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est une opération facile et innocente quand on en a la grande habitude, difficile et dangereuse quand on n'y est pas très-exercé. Elle repose sur la notion très-exacte des dispositions anatomiques de l'arrière-gorge. Le pavillon de la trompe représente une fente verticale, espèce de glotte, dont la lèvre postérieure est un peu plus épaisse que l'antérieure. Cette fente est située en arrière des fosses nasales, en avant de la paroi postérieure du pharynx, sur la paroi externe de celui-ci, au niveau du méat inférieur des fosses nasales, directement au-dessus de l'insertion du voile du palais. Cette fente a deux centimètres de longueur environ et dépasse un peu par en haut l'extrémité postérieure du cornet inférieur, et par en bas le bord postérieur de la voûte palatine.

On arrive directement au pavillon de la trompe en pénétrant par le méat inférieur des fosses nasales. Pour cela, on se sert de la sonde d'Itard, perfectionnée. Il est rare que la conformation des fosses nasales s'oppose absolument à l'introduction de la sonde. Le plus ou moins de profondeur horizontale des fosses nasales importe peu au manuel opératoire. Ce n'est qu'aux opérateurs inexpérimentés qu'il peut être utile de mesurer avec la sonde l'espace compris entre les incisives supérieures et le bord postérieur de la voûte palatine; mensuration qui, pourtant, indique assez bien le point où se trouve le pavillon de la trompe. Les points de repère pour l'opérateur existent au fond de la gorge. Deux méthodes sont indiquées pour opérer le cathétérisme. Dans l'une et dans l'autre, l'introduction de la sonde s'effectue de la même manière : le malade étant assis en face du jour, on explore à l'œil la perméabilité des fosses nasales, en écartant les narines. La sonde, tenue comme une plume à écrire, est introduite dans la fosse nasale, du côté correspondant à l'oreille malade, la courbure tournée en bas. Le bec de la sonde suit légèrement, mais avec une certaine rapidité, le plancher inférieur de la fosse nasale, en se rapprochant de la cloison pour éviter les anfractuosités des cornets. Ici, les méthodes diffèrent : l'une prescrit, lorsqu'on est arrivé à la base du voile du palais, et que

le bec de la sonde rencontre la chute qui existe derrière le rebord de la voûte palatine, de tourner ce bec en dehors, par un mouvement de rotation de la sonde sur son axe, et de chercher là l'orifice de la trompe. L'autre méthode, indiquée par M. Ménière, consiste à pousser la sonde jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, détourner alors le bec de la sonde en dehors, et retirer doucement celle-ci en frôlant la paroi externe du pharynx. Bientôt on sent glisser l'instrument sur la lèvre postérieure du pavillon de la trompe, au devant de laquelle la sonde s'engage immédiatement dans l'orifice du canal. Cet orifice trouvé, ce qui exige parfois de pénibles tâtonnements, il ne reste qu'à y engager la sonde en poussant le bec en dehors, en haut et un peu en arrière. Lorsque la sonde est bien engagée, on le reconnaît à la difficulté de la mouvoir. J'ai trouvé le moyen de s'en assurer par le toucher immédiat. Après avoir écarté les mâchoires, on plonge l'index au fond de la gorge, on le recourbe en crochet derrière le voile du palais, comme pour le faire pénétrer dans l'orifice postérieur de la fosse nasale. Si la sonde est dans le pavillon de la trompe, la pulpe du doigt la rencontre bientôt faisant saillie à travers une membrane qui n'est autre chose que la lèvre postérieure du pavillon, distendue par la courbure de la sonde. En pénétrant plus avant, le doigt rencontre la tige de la sonde à nu, au point où elle s'engage dans le pavillon. Si la sonde n'est pas engagée, on la rencontre errante dans l'arrière-gorge. Cette manœuvre, facile sur le cadavre, est, j'en conviens, assez laborieuse sur le vivant.

Le cathétérisme, si simple, si clair et si facile, au dire des auteurs, nécessite, je le répète, beaucoup d'exercice et d'adresse. Les plus habiles même rencontrent parfois des difficultés dans son exécution, soit en raison de la conformation des parties, soit à cause de l'indocilité des malades. Mais cette opération comporte d'autres graves inconvénients, non signalés par les auteurs. Souvent il arrive, avons-nous dit, qu'on est obligé d'exercer des tâtonnements, d'où peuvent résulter certains accidents. Les otologistes, et M. Ménière en particulier, ont signalé les infiltrations d'air qui peuvent se produire sous la muqueuse entamée par la sonde. Beaucoup de malades éprouvent des douleurs telles qu'ils se refusent désormais à l'opération. Mais voici un autre inconvénient, bien palpable pourtant, et dont on n'a rien dit : l'orifice de la sonde, en glissant sur le plancher de la fosse nasale, en errant autour du pavillon, ou même en pénétrant dans son intérieur, ramasse souvent du mucus plus ou moins épais, du sang, voire même des débris membraneux qui bouchent cet orifice et peuvent occasionner les effets suivants : 1° l'insufflation entravée par l'obstruction de la sonde peut faire croire à l'imperméabilité de la trompe elle-même, erreur de diagnostic

qui peut avoir de graves conséquences; 2° ces mucosités, ces débris membraneux peuvent être poussés par l'insufflation dans la trompe qu'ils obstruent, et jusque dans la cavité du tympan où leur présence, comme corps étranger, peut causer, et a sans doute quelquefois occasionné de très-fâcheux accidents. C'est en pratiquant sur le vivant autant que sur le cadavre, que j'ai constaté la réalité et la fréquence de ces graves inconvénients du cathétérisme classique. Or, j'ai trouvé le moyen d'y remédier par un expédient très-simple, imité du cathétérisme vésical : c'est d'ajouter à la sonde auriculaire un mandrin en argent qui bouche hermétiquement l'orifice du bec dont il complète la forme olivaire. Lorsque la sonde est introduite et bien engagée dans le pavillon, on retire le mandrin, et l'orifice reste parfaitement libre. J'ai fait construire cet ajustage par M. Elsser, notre Charrière alsacien, et je m'en trouve très-bien. Il est une précaution à prendre à l'égard du mandrin, c'est de ne pas le laisser dans la sonde hors le temps des opérations; autrement il s'oxyde promptement et se brise lorsqu'on veut le retirer. Arrivons aux indications.

L'objet le plus ordinaire du cathétérisme de la trompe, c'est d'abord de s'assurer de la perméabilité du canal, puis d'injecter de l'air dans l'oreille moyenne. Or, pour obtenir ces deux résultats, pas n'est besoin, dans la plupart des cas, de recourir à cette opération dont nous connaissons les difficultés et les inconvénients. L'*insufflation naturelle* de la trompe peut très-bien suppléer l'insufflation artificielle, avec beaucoup d'avantages et surtout sans danger. Je donne le nom d'insufflation naturelle à celle qu'on opère soi-même en faisant une expiration aussi forte, prolongée et répétée qu'il est nécessaire, tenant hermétiquement fermées la bouche et les narines. L'air expulsé n'ayant plus d'issue est forcé de passer par le pavillon de la trompe, et, pour peu que le canal soit perméable, cet air arrive dans la caisse du tympan où il produit un murmure particulier qui constate le succès de la manœuvre. Ce procédé si simple, si familier à quelques personnes étrangères à l'art, a été présenté, dans ces derniers temps, par plusieurs praticiens, comme une invention curieuse et nouvelle. Il y a quelque vingt ans que j'en fais l'application, sans l'avoir apprise de personne et sans croire avoir fait une découverte.

Voyons, indépendamment de l'immense avantage de la facilité d'exécution, en quoi l'insufflation naturelle est préférable au cathétérisme. D'abord, elle sauve au malade la douleur et les dangers d'une opération dont le moindre inconvénient est d'augmenter l'inflammation de la trompe, contre laquelle elle est souvent dirigée. Je ne connais à l'insufflation naturelle qu'un inconvénient, c'est, par les efforts d'ex-

piration qu'elle exige quelquefois, de pouvoir déterminer vers la tête et l'oreille elle-même un certain degré de congestion sanguine ; effet passager, que d'ailleurs il appartient au malade de prévenir en procédant avec précaution. Le cathétérisme introduit de l'air froid, tandis que l'insufflation naturelle fournit aux parties affectées de l'air à la température du corps.

Serait-ce que le cathétérisme aurait plus de puissance désobstruante que l'insufflation naturelle ? Je doute fort que dans les cas où l'obstruction est telle que l'expiration forcée ne puisse la vaincre, le cathétérisme obtienne plus de succès. L'expérience a démontré que là où l'insufflation échoue, le cathétérisme ne réussit pas mieux ; et, dût celui-ci offrir quelques avantages à cet égard, ces cas sont très-exceptionnels, et, joints à ceux où le malade, par maladresse ou autrement, ne peut exercer convenablement l'expiration forcée, ils ne constituent certainement pas le quart des occasions où les otologistes se croient obligés de pratiquer le cathétérisme.

Aussi bien que le cathétérisme, l'expiration forcée donne la sensation non-seulement de la perméabilité de la trompe, mais encore de l'état de sécheresse ou d'humidité de la caisse du tympan, par le fait de l'absence ou de la manifestation du gargouillement ; mais, mieux que le cathétérisme, l'expiration forcée donne la mesure du degré de perméabilité *absolue* par l'énergie des efforts qu'elle nécessite et qui est mieux appréciable que le degré de pression d'une bulle de caoutchouc ; elle donne mieux aussi le degré de perméabilité *relative*, par la facilité, l'intensité plus grandes avec lesquelles l'air expiré pénètre dans une oreille comparativement à l'autre oreille, ou tel jour comparativement à tel autre jour. L'expiration forcée possède un autre avantage très-précieux, selon moi, c'est d'indiquer avec précision le degré de force et de durée à donner à l'insufflation que le malade est libre de modifier à son gré, suivant les sensations qu'il éprouve, avantage que comporte bien moins parfaitement l'insufflation artificielle.

La conséquence de tout cela, c'est que dans beaucoup de cas on pourra établir le diagnostic et le traitement des maladies de la trompe et de l'oreille moyenne ou interne sans recourir au cathétérisme, dont les otologistes ont manifestement exagéré l'utilité.

Arrivons à des usages du cathétérisme moins fréquents que les précédents : soit l'insufflation des substances médicamenteuses. Si l'on réfléchit à la structure de l'oreille interne, si délicate d'abord, puis si désavantageusement disposée pour l'élimination spontanée des corps étrangers, on arrive à considérer comme extrêmement téméraires les tentatives de ce genre dont on a bien haut proclamé les quelques suc-

cès, si succès il y a ; mais dont on a bien soigneusement dissimulé les déplorables effets, dont plusieurs sont à la connaissance de beaucoup de praticiens. Passe encore pour l'introduction de l'air qui, par son élasticité, s'échappe, ou qui subit la décomposition ou l'absorption ; et encore ! Quels effets curatifs espérer du contact de l'air dont l'impuissance et souvent les dangers sont journellement constatés, quant aux muqueuses oculaires, aériennes et autres ! Passe aussi pour certaines vapeurs, telles que celles d'éther si préconisées par Kramer ; mais s'il s'agit de corps plus consistants, de liquides chargés d'ingrédients quelconques, l'expérimentation devient témérité, car l'expérience même a constaté de formidables accidents occasionnés par les liquides les plus doux, l'eau pure même. Au demeurant, étant admise l'utilité de ces injections, il est démontré que des gaz contenus dans la bouche peuvent, par les seuls efforts de l'expiration, traverser la trompe d'Eustache; témoin l'exemple, un peu fabuleux il est vrai, de ces fumeurs qui, dit-on, font passer la fumée de tabac par les oreilles, ce qui suppose la perforation de la membrane du tympan ; mais, pas n'est besoin de cette preuve, puisque l'air expiré lui-même n'est qu'un gaz qui passe de la bouche dans l'oreille. Quant à l'injection des liquides, le cathétérisme devient obligatoire ; mais ce que nous venons de dire à leur égard ferait peu regretter l'absence des moyens de les administrer.

Serait-ce pour servir de moyen d'introduction à des corps dilatants, tels que bougies, cordes à boyaux, canules, etc., que le cathétérisme pourrait être utile ? Il m'en coûte de m'inscrire contre des autorités respectables (qui, du reste, se respectent peu réciproquement) ; mais la moindre notion anatomique nous oblige à ranger parmi les pures imaginations ces prétendues dilatations mécaniques : lorsqu'on songe à l'exiguïté du canal osseux de la trompe, surtout à l'état frais, exiguïté telle qu'on y introduit avec assez de peine, sur une pièce préparée *ad hoc*, une simple soie de sanglier, on se demande si c'est sérieusement qu'on a prétendu y avoir introduit des sondes, des canules, ou même une fine corde à boyau, ainsi que Kramer affirme l'avoir fait avec succès, ce dont M. Ménière doute fort légitimement, tout en rendant hommage au caractère véridique de cet auteur, qui peut s'être fait illusion. Il est probable, en effet, que la corde à boyau se repliera cent fois dans le tube de la canule avant d'enfiler le canal osseux de la trompe.

Encore moins accepterons-nous l'intervention du cathéter comme conducteur de stylets perforants, ou même de porte-caustiques, en tant que destinés à pénétrer jusque dans la portion osseuse de la trompe ; car nous venons de voir que la chose est presque impossible d'abord ;

puis on conçoit, *à priori*, qu'elle est extrêmement téméraire. Donc l'opération est superflue, du moins comme dirigée contre l'obstacle lui-même; car la cautérisation peut agir autrement, témoin celle de l'arrière-gorge, pratiquée à titre de révulsif. Finalement, ces moyens violents et aveugles ne seraient de mise que si l'insufflatiou était impossible. Or, Kramer lui-même a posé cette règle très-sage, à savoir que l'obstruction de la trompe doit être réputée incurable, lorsqu'après plusieurs tentatives on ne peut parvenir à l'insuffler.

Comme corps dilatant par lui-même, le cathéter ne peut agir que sur la partie membraneuse de la trompe, là où rarement existe le rétrécissement.

Considérer l'insufflation elle-même comme moyen puissant de dilater les rétrécissements organiques, c'est commettre une erreur de physique ; et d'ailleurs l'expiration forcée aurait ici les mêmes avantages que l'insufflatiou par le cathétérisme.

Que si les insufflations d'air sont considérées comme moyen de chasser le mucus qui obstrue soit la trompe, soit la caisse elle-même, l'insufflation naturelle vaudra au moins l'artificielle ; car il est évident que la présence du cathéter est un obstacle au reflux des mucosités par la trompe.

De ce long parallèle il résulte, encore une fois, que les moyens naturels l'emportent presque toujours sur les agents artificiels ; mais cela ne fait pas le compte des spéculateurs, ni même du public, qui tient beaucoup aux apparences. C'est peut-être dans cette double vue qu'ont été inventés certains appareils. M. Ménière, de qui la probité scientifique égale l'habileté, a très-bien fait remarquer, dans ses notes savantes sur l'ouvrage de Kramer, que tous les instruments qu'on a imaginés pour introduire soit des gaz, soit des liquides, par le cathétérisme auriculaire, peuvent être avantageusement remplacés par une bouteille ou bulle de caoutchouc, garnie d'une canule qu'on introduit dans le pavillon de la sonde. Cette bulle, si facile à manœuvrer par la pression intelligente et modérée de la main, n'a pas les graves inconvénients de ces instruments fastueux, à pression aveugle et violente, que certains auteurs ont préconisés, parfois, comme le dit Kramer, dans un but d'étalage charlatanesque.

La possibilité de se passer du cathétérisme dans le traitement des maladies les plus communes de l'organe auditif paraît avoir été instinctivement comprise, et se trouve implicitement établie par les observateurs qui ont conçu et réalisé la guérison des maladies de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan en agissant uniquement sur l'arrière-gorge, et aux environs du pavillon de la trompe, au moyen de

certains modificateurs des inflammations muqueuses en général, tels que l'alun et surtout le nitrate d'argent. Cette donnée pratique est basée sur ce fait d'observation, à savoir que l'inflammation aiguë ou chronique des parties profondes de l'oreille a presque toujours son point de départ dans l'arrière-gorge ; et sur cet autre fait expérimental, qu'en modifiant le siége initial de la phlegmasie, on enraye très-souvent ses irradiations. C'est là, dans notre pensée, un progrès précieux en thérapeutique auriculaire. Nous pourrions apporter à l'appui de cette opinion bon nombre d'observations qui nous sont propres, mais dont la simplicité et l'uniformité sont telles, que ces faits peuvent être résumés dans cet axiome : LA CAUTÉRISATION DU PHARYNX, ET L'INSUFFLATION DE LA TROMPE D'EUSTACHE PAR L'EXPIRATION FORCÉE, SUFFISENT DANS LA PLUPART DES CAS OU LE CATHÉTÉRISME A ÉTÉ PRESCRIT COMME NÉCESSAIRE.

Telle est la conclusion où nous voulions arriver.

Ce sont les difficultés attachées à certains procédés opératoires, qui éloignent les médecins de l'étude et de la pratique des maladies de l'oreille ; c'est donc rendre service à l'art et à l'humanité que de chercher à faire comprendre aux praticiens que l'instrumentation n'est applicable qu'à des faits exceptionnels, et que dans la grande majorité des cas on peut traiter avec succès les affections dont il s'agit, sans posséder cette habileté manuelle dont les spécialistes s'attribuent le privilége. Du reste, la thérapeutique des maladies de l'oreille ne reposera sur des bases rationnelles et fécondes que lorsqu'on verra s'accomplir une œuvre qui manque à la science et à la pratique, une œuvre dont il n'existe que quelques éléments épars et stériles, à savoir l'édification de l'otologie sur les principes de la pathologie générale. C'est alors que disparaîtront l'espèce de mysticisme et l'empirisme qui règnent encore dans cette partie du domaine de l'art.

Prof. FORGET (de Strasbourg).

DES ABCÈS DU SEIN : ABCÈS SOUS-MAMMAIRES.

Par M. le professeur VELPEAU.

Les abcès sous-mammaires, comme les abcès sous-cutanés, sont idiopathiques ou symptomatiques : idiopathiques, quand ils résultent d'une phlegmasie primitivement établie sous le sein ou dans la mamelle ; symptomatiques, quand ils résultent de l'altération d'organes plus ou moins éloignés. J'ai vu, sous la mamelle, un abcès déterminé par l'inflammation et la suppuration du périchondre d'un cartilage sterno-costal brisé. Chez un autre malade, l'abcès avait pour cause une alté-

ration ancienne des côtes sous-jacentes. J'ai vu, en 1834, un énorme abcès sous-mammaire, qui communiquait avec les bronches et qui s'était établi à la suite d'une pneumonie, en apparence assez bénigne. Une femme, entrée à la Charité en 1836, en eut un dont une masse tuberculeuse sous-sternale avait été le point de départ. A la même époque, une jeune fille nous en offrit un, qui avait sa racine entre le bord antérieur du poumon droit et la plèvre costale. La phthisie pulmonaire en est une source qu'il importe de ne point oublier et dont j'ai vu de nombreux exemples, j'ai observé encore une infinité d'abcès sous-mammaires tenant à des maladies variées du thorax, abcès qui ne sont guère alors, en définitive, que des sortes de dépôts par congestion.

Une autre catégorie d'abcès sous-mammaires appartient aux maladies de la mamelle elle-même. Ainsi, en se prolongeant, les suppurations du tissu glandulaire peuvent gagner, et gagnent souvent, en effet, les profondeurs de la région. Les abcès sous-cutanés sont susceptibles aussi, en suivant les cloisons fibro-cellulaires de la glande, de devenir profonds. J'ai déjà dit que les abcès de la circonférence du sein pouvaient à la rigueur pénétrer entre la glande et les parois thoraciques.

Pour concevoir toute l'importance de ces distinctions, il suffit de réfléchir aux différences qui doivent en résulter pour le fond de la maladie. Personne, en effet, ne s'aviserait de mettre sur la même ligne, au point de vue du pronostic et du traitement, les abcès symptomatiques d'une maladie de poitrine et les dépôts sous-mammaires idiopathiques. Il est clair, en outre, qu'obligés de traverser, d'altérer plus ou moins le tissu sécréteur avant de devenir profonds, les dépôts qui n'arrivent dans le tissu sous-mammaire qu'après avoir existé dans la couche sous-cutanée, ou dans l'intervalle des lobes glanduleux, entraînent aussi des conséquences plus sérieuses que l'abcès profond idiopathique proprement dit.

Ce genre d'abcès se développe d'ailleurs sous l'influence de causes et dans des conditions fort diverses, quoique franchement inflammatoires, dans la couche celluleuse sous-mammaire. Ainsi qu'on va le voir, j'en ai observé à la suite de contusion, ou sans causes connues, chez des femmes qui ne nourrissaient plus depuis longtemps; à la suite d'un refroidissement chez des femmes qui n'avaient nourri que du côté malade; chez d'autres, qui ne nourrissaient que depuis quelques jours; le plus souvent d'un seul côté, quelquefois des deux côtés en même temps, etc.

Quoi qu'il en soit, pris d'une manière générale, les abcès profnds

du sein se distinguent des abcès superficiels à des caractères ordinairement très-tranchés. Presque toujours ils sont fort larges, et souvent ils occupent toute la base de la région mammaire. Des frissons irréguliers, des sueurs partielles, la sensation d'un poids, d'une distension dans le sein en indiquent la formation. La mamelle, dont la rougeur n'est pas ordinairement très-vive, est alors soulevée, tendue, à peine bosselée, quelquefois lisse, chaude et d'une rénitence toute particulière. Si l'on cherche à la déprimer, on sent qu'elle est comme plaquée sur une vessie pleine de liquide, et l'on éprouve cette sensation soit qu'on la refoule d'avant en arrière, soit qu'on la presse dans le sens de ses autres diamètres.

Du reste, ces foyers acquièrent rapidement un volume considérable, ainsi que j'en possède plusieurs exemples. Ils peuvent contenir jusqu'à un litre ou deux de pus. On croirait, en pareil cas, que tout un côté de la poitrine s'est transformé en une vaste poche, qui pousse et soulève au-devant d'elle les téguments et la totalité du sein aplati. Le plancher de l'abcès étant plutôt convexe que plane, formé de parties élastiques ou flexibles plutôt que de tissu ferme et résistant, fait qu'i est difficile d'en bien constater la fluctuation. Si l'on comprime la tumeur dans un sens, le liquide, en se déplaçant, fait céder le point diamétralement opposé ou quelque région de son pourtour, et ne donne point ainsi la sensation de reflux qui caractérise généralement la fluctuation. Il importe, en conséquence, à ceux qui n'ont pas une grande habitude de ce genre d'exploration, d'analyser avec soin les signes rationnels de la maladie et de tenir compte de la durée, du degré d'intensité de l'inflammation qui a préexisté.

Quand, après une semaine d'existence des symptômes dont j'ai parlé en traitant de l'inflammation sous-mammaire, on voit la réaction générale diminuer, la rougeur, la douleur même s'atténuer, sans que l'appétit renaisse et que la langue se nettoie, sans que le sein s'affaisse ou diminue de volume, on peut être sûr qu'un abcès s'établit. Aucun doute ne subsistera dans l'esprit du chirurgien s'il existe un peu d'empâtement, soit autour, soit à la surface de la mamelle, et si cet empâtement conserve l'impression du doigt en même temps qu'un certain degré de coloration rougeâtre, et si quelques frissons vagues se sont répétés le soir.

Il ne faudrait pas croire, toutefois, que l'abcès sous-mammaire occupe constamment ainsi toute la largeur de l'espèce de *cavité synoviale* placée sous le sein. Il est possible que l'inflammation soit adhésive dans certains points; qu'au lieu de revêtir la forme de phlegmon diffus, elle prenne la marche du phlegmon ordinaire; que l'abcès occupe toute

la région, au reste très-étroite; qu'il s'en forme même plusieurs capables de communiquer entre eux, comme de rester indépendants les uns des autres.

On prévoit que dans ces dernières formes des dépôts sous-mammaires, le sein ne doit plus être soulevé en totalité; que le foyer peut se montrer, à la manière d'une bosselure plus ou moins considérable, sur l'un des points de la circonférence de l'organe, ou bien rester au centre et soulever une partie de la glande en avant, de manière à n'être que très-difficilement reconnu. Il est vrai, néanmoins, que ces diverses variétés des abcès profonds du sein ne doivent être considérées que comme des exceptions, et que l'abcès sous-mammaire aigu se montre généralement avec les caractères que j'ai indiqués plus haut.

Pronostic. Le siége des abcès sous-mammaires en fait une maladie sérieuse, susceptible de devenir grave si elle n'était pas traitée convenablement. Bien que la couche celluleuse ou lamellée, qui en est le point de départ, s'unisse d'une manière intime ou se confonde sur le contour de la glande avec le fascia sous-cutané, le pus n'en parvient pas moins quelquefois à franchir cette digue, à s'étendre sous forme de fusée, au point de provoquer un phlegmon diffus ou un érysipèle phlegmoneux, soit à l'abdomen, soit vers le cou, soit du côté de l'aisselle. La suppuration alors peut amener quelque chose de pire encore. Arrêtée, par les adhérences dont je viens de parler, à la circonférence du sein, retenue en avant par la mamelle elle-même, elle peut réagir sur les os ou les cartilages et les altérer, ou bien sur les muscles intercostaux, au point de les érailler et de faire irruption vers les plèvres ou l'écartement antérieur du médiastin. Ces complications sont rares, sans doute, mais elles ont été observées, et j'en ai moi-même été témoin plusieurs fois. Il peut arriver, en outre, que l'abcès sous-mammaire détermine, par le fait seul de son voisinage, une inflammation purulente de la plèvre et, par suite, un véritable empyème.

Abcès en bouton de chemise. Le plus souvent, néanmoins, les abcès profonds du sein finissent par se propager d'arrière en avant, par suivre les cloisons de la mamelle, qui servent en quelque sorte de filtre au pus, et par se montrer au-dessous de la peau, de manière à joindre un ou plusieurs abcès sous-cutanés à l'abcès ou aux abcès sous-mammaires primitifs. Rien n'est même fréquent comme cette variété de dépôts de la région mammaire. Une caverne plus ou moins vaste existe entre les téguments et la glande. Une autre caverne, ordinairement plus large encore, sépare la mamelle de la poitrine, et ces deux cavités purulentes communiquent l'une avec l'autre par un trajet ou un trou ordinairement assez étroit, et qui perfore de part

en part l'organe sécréteur du lait, de façon qu'on a là l'image complète d'un bouton de chemise.

On voit donc que les abcès sous-mammaires réclament toute l'attention du praticien. S'il est vrai que plusieurs d'entre eux viennent facilement se faire jour au pourtour de la région, il l'est aussi que le plus grand nombre se frayeraient une autre voie si on les laissait marcher. Au demeurant, ceux qui s'ouvrent ou qu'on ouvre dans le lieu d'élection, c'est-à-dire en dehors et en bas, guérissent généralement bien et vite. Quand l'ouverture se fait, ou est pratiquée au voisinage du mamelon, la cure en est ordinairement plus longue et plus difficile. Si un abcès sous-cutané a pu s'établir et devenir large avant qu'on ait pu l'ouvrir, le cas devient plus grave encore, surtout si, au lieu d'un trou de communication entre les deux foyers, la mamelle en offre plusieurs. En pareil cas, le pronostic du mal se rapproche plus de celui des abcès glandulaires ou parenchymateux que de celui des abcès sous-mammaires proprement dits.

Traitement. Une fois que l'abcès profond du sein est établi, ce serait perdre du temps et faire courir des risques à la femme que de s'en tenir aux médications internes ou à l'emploi des diverses sortes de topiques. Les compresses, les cataplasmes émollients, les embrocations, les liniments, les pommades de toute espèce ne pourraient avoir ici d'autre but que de satisfaire les goûts de la malade, ou de favoriser un peu l'amincissement de la peau, si l'on ne pensait pas devoir recourir encore, ou si la personne ne voulait pas absolument se soumettre à l'action du bistouri ; en d'autres termes, le seul remède essentiel, le seul remède efficace de ce genre d'abcès à l'état simple est l'incision du foyer. Un large vésicatoire volant, enveloppant la totalité du sein, pourrait, dans quelques cas rares, sauver la nécessité de l'instrument tranchant; mais c'est un remède qui ne réussit que par exception et qui, pour beaucoup de femmes, est pour le moins aussi effrayant, aussi douloureux que l'incision. La compression, sur laquelle je m'expliquerai plus tard, n'aurait d'autre avantage ici que d'amortir, d'engourdir les souffrances et d'amollir un peu les enveloppes de l'abcès. Ce faible avantage pouvant être balancé par le danger de favoriser le décollement des tissus profonds et les fusées purulentes du côté de la poitrine, ne m'a point paru indiquer l'usage de la compression dans le traitement des dépôts sous-mammaires.

L'ouverture des abcès profonds du sein exige d'ailleurs certaines précautions, précautions susceptibles de varier selon que l'abcès est encore complétement limité sous la glande ou bien qu'*il* a déjà traversé la mamelle pour se montrer en avant sous la peau.

S'il ne s'est encore établi aucune fusée, aucune bosselure en avant, il convient que l'incision soit faite en dehors de la glande, sur le point où les téguments paraissent le plus amincis, ou mieux encore sur le point tout à fait déclive du clapier. Ce point déclive, qui existe généralement en bas et en dehors, peut se trouver et se trouve réellement en bas et en dedans, lorsque la malade se tient habituellement couchée sur le côté opposé à celui de l'abcès. En deux mots, le lieu d'élection pour l'emploi du bistouri est le côté externe et inférieur de la circonférence du sein, ou bien la région déclive du dépôt. Le lieu de nécessité est indiqué par les bosselures purulentes qui peuvent s'être formées, et se trouve ainsi sur tous les points où la peau se montre amincie, où l'abcès n'est plus séparé de l'extérieur que par les téguments plus ou moins rouges et altérés. Comme l'ouverture dans le lieu d'élection est souvent fort éloignée du fond, du point déclive de l'abcès, elle n'empêche pas toujours la nécessité d'une incision secondaire ou d'une contre-ouverture dans le lieu d'élection. Il en résulte que, toutes choses égales d'ailleurs, il faut recourir de préférence à cette dernière, et qu'il importe, autant que possible, de ne pas attendre l'indication de l'autre.

L'ouverture des abcès profonds du sein doit être large; les tissus peuvent être incisés dans l'étendue de deux, trois et même quatre centimètres sans inconvénient. Il vaut mieux qu'elle soit perpendiculaire que parallèle au plan des parois du thorax, surtout dans le lieu de nécessité. On a moins à craindre ainsi de la voir se refermer trop vite. Plusieurs incisions de même sorte conviendraient si l'abcès se montrait avec amincissement manifeste de la peau, soit à la circonférence, soit sur la surface antérieure de la mamelle. On voit que les abcès profonds du sein fournissent une grande quantité de matières et se vident généralement en entier. Il en résulte, pourvu qu'ils ne soient compliqués d'aucune sinuosité et qu'il n'y ait point de vice constitutionnel chez la malade, que leur foyer se tarit promptement, que les femmes en sont quelquefois débarrassées dans l'espace d'une semaine ou deux. J'en ai vu quelques-uns dont les parois s'étaient complétement recollées dès le troisième ou quatrième jour. On favorise d'ailleurs ce recollement, s'il tarde trop à s'effectuer, au moyen d'un bandage bien appliqué, d'une compression bien faite.

Dans le cas, au contraire, où l'abcès sous-mammaire a fini par traverser la glande sur un ou plusieurs points, par se montrer en avant, soit autour du mamelon, soit sur toute autre partie de la région antérieure du sein, il y a lieu d'en modifier jusqu'à un certain point la thérapeutique. Alors, en effet, il est moins indispensable que dans les conditions supposées précédemment d'ouvrir la collection de bonne

heure. Quand même on parviendrait à vider l'abcès par des ouvertures de son pourtour, les fusées antérieures ne s'en maintiendraient pas moins, n'en parviendraient pas moins à amincir, ulcérer la peau, à exiger de nouvelles incisions en avant. On ne peut que rarement se dispenser, en pareil cas, de porter le bistouri sur chacune des bosselures qui viennent soulever les téguments après avoir traversé la glande. L'ouverture de l'une ne suffirait point pour donner issue aux matières que contiennent les autres. Dans cet état, l'abcès peut être constitué par une grande caverne primitive, placée sous le sein, et par un nombre variable, quelquefois considérable de cavernes secondaires, situées au-dessous de la peau et qui forment en avant autant de branches distinctes de l'abcès principal.

Sous cette forme, l'abcès de la mamelle est difficile à guérir. Qu'on ouvre ces bosselures antérieures, ou qu'on les abandonne aux ressources de l'organisme, il n'en faut pas moins craindre de voir la suppuration se prononcer longtemps chez la malade. Il n'est pas, du reste, d'une grande importance de les ouvrir par de larges incisions, plutôt que par de simples ponctions. Ce qu'il faudrait, c'est que la mamelle fût réellement fendue sur une grande partie du foyer et dans toute son épaisseur.

Obs. *Abcès profond du sein droit avec formation secondaire de foyers sous-cutanés chez une nouvelle accouchée qui prétend avoir reçu un coup sur la mamelle dont elle souffrait déjà.* — Henriette Godefroy, vingt-cinq ans, couturière, entrée à l'hôpital le 29 août 1842. Cette femme, d'une bonne constitution, est accouchée vingt-huit jours auparavant sans accidents et sans longues souffrances. Elle sèvre son enfant après trois jours d'allaitement, et sans que les seins fussent douloureux. Il y a dix jours, alors que la sécrétion lactée n'était pas encore tarie, la malade se pressa le sein droit contre un fauteuil. Depuis lors la mamelle s'est tuméfiée, est devenue douloureuse. Le 30 août, à la visite, on constate que la mamelle blessée est modérément gonflée, rouge, chaude et dure. La glande paraît écartée de la poitrine et comme soulevée. On voit au-dessous du mamelon une petite bosselure, molle, fluctuante, très-douloureuse, et d'un rouge beaucoup plus vif que tout le reste de la région. Une sorte d'empâtement se remarque en outre sur le contour du sein.

On incise immédiatement la bosselure fluctuante d'où il s'échappe une grande quantité de pus. Le collet, ou le trou qui fait communiquer l'abcès superficiel avec l'abcès profond, étant très-étroit, on introduit par la plaie des téguments, jusque dans le clapier profond, une sonde cannelée; un bistouri conduit sur cette sonde sert à inciser toute l'épaisseur de la glande, dans une étendue de trois centimètres. (Mèche de linge effilé dans l'incision, cataplasme sur le sein.) Le 31, la malade a beaucoup moins souffert; le sein est infiniment moins gros, moins dur et moins douloureux. La pression en fait encore sortir beaucoup de pus, du lait s'échappe en certaine quantité par le mamelon. Le 10 septembre, la suppuration con-

tinuant, et le pus paraissant stagner dans le foyer profond, ou établit sur le sein une compression avec les bandelettes de diachylon. Un peu de mieux se maintient pendant quelques jours; mais le 20, les souffrances se sont renouvelées à tel point, qu'on est forcé d'enlever le bandage et d'en revenir aux cataplasmes émollients. On s'aperçoit effectivement dès le 21 que de petites bosselures fluctuantes se sont formées de nouveau, une de chaque côté du mamelon; l'ouverture de ces bosselures livre également passage à une forte quantité de pus. La suppuration s'est peu à peu tarie, il ne s'est pas formé de nouveaux abcès, mais la malade n'a pu sortir complétement guérie que le 28 octobre.

Nul doute que diverses cloisons de la mamelle n'aient pris dans le foyer profond le principe de l'inflammation purulente dont elles ont été atteintes et qui leur a permis d'amener sous la peau les trois abcès sous-cutanés qui se sont établis successivement chez cette malade. Aussi l'ouverture première, aidée de la compression, n'a-t-elle point empêché la nécessité de deux incisions secondaires, et d'un long séjour de cette jeune femme à l'hôpital.

Obs. *Abcès profond gauche avec bosselures sous-cutanées chez une nouvelle accouchée qui a essayé de nourrir.* — Jeanne Chalmelle, trente-neuf ans, couturière, accouchée un mois auparavant, entre le 22 août 1835 à l'hôpital. Ayant voulu nourrir, cette femme sentit bientôt dans le sein gauche, qui augmenta notablement de volume, des élancements et des douleurs. Le volume de la mamelle devint bientôt considérable, et le siége d'une tension marquée, sans bosselures. On remarque que la totalité du sein représente une masse arrondie, mobile; la pression y développe peu de douleurs et n'y constate pas de fluctuation. (Frictions avec la pommade d'iodure de plomb, cataplasmes émollients.) Le 29 du même mois, tous les signes d'une suppuration vaste et profonde existent. La fluctuation ne se reconnaît, du reste, que d'une manière vague. Aucune bosselure plus rouge que d'autres ne se voit à l'extérieur; seulement tout indique l'existence d'une collection de pus entre la mamelle et le grand pectoral. On pratique à la partie externe et inférieure du sein une large incision qui donne issue à plus de deux verres de pus. (Frictions iodurées, cataplasmes.) La suppuration continue les jours suivants, et le sein s'affaisse par degrés, quoique les lobules de la glande restent un peu épais et comme tuméfiés.

Le 2 septembre, on remarque de la rougeur et du gonflement à la partie inférieure et externe du sein, un peu plus bas que le lieu où l'incision a été pratiquée. Il existe là une fluctuation évidente. Pour éviter une nouvelle incision, la malade sort de l'hôpital, puis elle y rentre dans la soirée du même jour. Le lendemain, la pointe d'un bistouri est enfoncée sur le point fluctuant et aminci du nouveau foyer, à 4 centimètres au-dessous de la première incision qui s'était fermée trop tôt. Beaucoup de pus s'échappe par la plaie, et la malade va ensuite de mieux en mieux. Bientôt la suppuration se tarit, et la femme Chalmelle peut sortir de l'hôpital le 10 septembre.

Ici l'abcès était purement profond, mais l'incision qui lui avait permis de se vider s'était cicatrisée trop tôt; il a fallu la renouveler sur un autre point, pour vider l'abcès qui s'était établi de nouveau.

Dans l'observation qui va suivre, les deux seins ont été pris succes-

sivement, et la compression a joué un certain rôle dans le résultat final.

Obs. *Abcès sous-mammaire aux deux seins chez une nouvelle accouchée; incision, compression, guérison prompte.* — Jeanne Robin, vingt-cinq ans, couturière, entre le 19 avril 1841 à la Charité. D'une constitution détériorée, elle est accouchée déjà de plusieurs enfants qu'elle n'a pas nourris, et n'a point éprouvé d'accident du côté des seins à la suite de ses couches précédentes. Cette malade, accouchée le 31 mars, sortie bien portante de la Maternité au bout de neuf jours, se remit aussitôt à travailler. Au bout de quelques jours, elle ressentit dans le sein gauche, qui se tuméfia, des douleurs assez vives. Deux jours avant son entrée à l'hôpital elle éprouva aussi dans le sein droit des élancements. Le 20 avril, on constate chez la femme Robin un gonflement marqué des deux seins, qui sont en outre flasques et pesants. A droite, on sent au-dessous de la glande une tumeur fluctuante et molle; la peau de cette région est rouge, quoique la pression n'y occasionne pas de douleur bien prononcée. Un certain degré d'empâtement existe tout autour. A gauche, la peau est plus chaude, plus rouge qu'à droite, et il existe également en bas de la région un gonflement, une sorte de tumeur profonde du volume d'un œuf, assez dure, sensible à la presssion et vaguement fluctuante. L'état indolent du sein droit permet de temporiser. On incise, au contraire, le point déclive du sein gauche, d'où il sort environ un verre de pus crémeux, de bonne nature. (Cataplasme sur ce côté, soutenir le sein droit avec un bandage suspenseur.) Le 22, la suppuration continue à gauche, d'où la malade ne souffre plus. Le sein droit se maintient dans le même état. Le 27, on incise aussi le sein droit, dont le volume et le travail inflammatoire n'avaient fait qu'augmenter. Il s'en échappe une grande quantité de pus louable. A gauche la guérison est fort avancée. Le 2 mai on reconnaît que les clapiers sous-mammaires ne se vident qu'incomplétement à cause de la mollesse, de la flaccidité et de la pesanteur des mamelles. A partir du 4 on essaye une compression d'arrière en avant, qui agit sur chacun des deux seins circulairement, de la racine vers le mamelon, comme si c'était un organe cylindrique, une portion de membre. Dès le 6, le pus, qui sort facilement, ne se forme plus qu'en petite quantité, et le 8 la suppuration est complétement tarie. Les plaies sont cicatrisées, et la malade sort de l'hôpital tout à fait guérie deux jours plus tard.

Ainsi que je l'ai dit, les abcès du sein épanouis en arrière et en avant se trouvent alors étranglés, à la manière d'un bouton de chemise, par la mamelle, en sorte que pour arriver du fond à l'extérieur, le pus est obligé de traverser un collet, un détroit quelquefois fort resserré. Cela fait qu'après l'incision d'avant en arrière des abcès sous-mammaires, l'élasticité de la glande referme parfois presque aussitôt la plaie, et met ainsi obstacle à toute issue consécutive du pus. Cela fait aussi, dans d'autres cas, que les ouvertures se maintiennent indéfiniment à l'état d'ulcère fistuleux, dont il est assez souvent très-difficile d'obtenir la cicatrisation.

Ces abcès profonds, avec fistule du sein, ont beaucoup occupé les

praticiens ; Héy, qui, l'un des premiers, en a fait l'objet de remarques intéressantes (Pract. obs. in surg., etc.; édition de 1814), était si convaincu de leur ténacité, qu'il conseille, pour les guérir, de fendre, sans hésiter, la mamelle d'outre en outre, sur toute l'étendue du clapier. Cette pratique, que blâme A. Cooper, qui est, selon moi, la plus sûre et quelquefois la seule qui puisse conduire à une guérison radicale, devrait être adoptée généralement, si elle paraissait moins cruelle aux yeux de la plupart des malades et de beaucoup de chirurgiens. En ayant constaté les bons effets dans la pratique de M. Roux, qui la suit depuis longtemps dans les hôpitaux de Paris, je l'ai mise en usage, de mon côté, sur un assez grand nombre de malades, et je dois dire que mon expérience confirme pleinement celle du chirurgien de Leeds.

Obs. *Abcès profonds du sein. — Fistule qui se maintient depuis huit mois ; grandes incisions, guérison.* — Une jeune femme âgée de vingt-deux ans, accouchée depuis huit mois, entre à l'hôpital de la Faculté le 6 novembre 1825. Des douleurs sourdes et parfois lancinantes existaient dans le sein droit, qui n'était ni rouge, ni très-sensible à la pression, mais qui avait un volume au moins double de celui du côté opposé. Un petit ulcère, situé à deux pouces au-dessus et en dehors du mamelon, donnait chaque jour quelques gouttelettes de pus.

Une inflammation aiguë avait produit cette ouverture un mois après les couches, et depuis lors l'état du sein ne s'était point amélioré.

Ne pouvant faire pénétrer le stylet qu'à une très-petite distance, on est d'abord porté à croire qu'un phlegmon profond tend à se former, d'autant mieux que la mamelle bombée, rénitente, donne quelque idée de fluctuation vague.

Des sangsues au nombre de quarante, trente, vingt, quinze, dix, sont appliquées tous les cinq à six jours sans succès. Les cataplasmes, les liniments émollients, anodins, résolutifs ne soulagent pas davantage. Six semaines se passent ainsi et la malade est alors dans un état beaucoup moins satisfaisant qu'au moment de son entrée. Par de nouvelles explorations on tombe enfin sur une sinuosité qui conduit, en traversant la mamelle, sur un foyer profondément situé.

Pour mettre le fond de ce trajet à découvert, on est forcé de faire pénétrer le bistouri à près de huit centimètres de profondeur, toutes les brides qui se rencontrent sont divisées, et la glande finit par être complétement séparée en deux portions. Il en résulte une vaste plaie se continuant avec une caverne sous-mammaire, tapissée partout d'une fausse membrane muqueuse. De la fièvre, des douleurs assez vives surviennent bientôt et persistent pendant quatre jours. Ces accidents ne tardent pas à se calmer, et la suppuration, d'abord très-abondante, diminue ensuite par degrés. Au bout d'un mois, la cicatrice est complète et le sein a repris son volume avec sa souplesse de l'état normal.

Toutefois, ce n'est point au début, ou lorsqu'ils sont encore à l'état aigu, que les abcès profonds du sein doivent être ouverts de cette manière, mais bien lorsque les issues qui leur ont été créées d'abord restent

à l'état d'abcès fistuleux, depuis quelques semaines ou quelques mois. Alors on porte une sonde cannelée jusqu'au fond du foyer, afin de conduire sur cette sonde un bistouri droit et de trancher largement la mamelle sur la caverne purulente. Le doigt, introduit par la plaie, sert ensuite de guide pour inciser de la même façon les autres sinuosités de l'abcès, et la sonde cannelée remplace le doigt lorsque les sinuosités ne sont que de simples trajets fistuleux ; l'important ici est de ne ménager ni le nombre ni la longueur des incisions. Toute la mamelle, en pareil cas, doit être considérée comme la paroi cutanée d'un vaste abcès.

Il faut, de plus, que les lèvres de toutes ces incisions soient maintenues écartées, que toutes les cavités purulentes soient remplies de boulettes de charpie, pansées à plat; que le fond du foyer, en un mot, se modifie, se cicatrise avant les divisions de la glande ; de telles incisions sont, au surplus, beaucoup plus effrayantes que réellement redoutables. L'opération est prompte, aucun organe important ne court risque d'être atteint ; elles permettent généralement une guérison rapide, et il n'en résulte en définitive que des cicatrices peu apparentes après la disparition de l'abcès.

Obs. Une jeune dame d'Ermenonville, accouchée depuis un an, conservait au sein droit une suppuration que rien n'avait pu tarir et qui résultait d'un abcès sous-mammaire survenu bientôt après les couches. Toute sa famille était dans la plus vive inquiétude, et la malade, ne sachant plus elle-même à quel traitement se confier, prit enfin le parti de venir s'établir à Paris. Le foyer purulent existait sous la moitié externe de la glande mammaire. On l'avait ouvert, et il s'était ouvert par de petits orifices sur trois points différents, mais bien au-dessus du point déclive; plusieurs fois, l'un des trous s'était fermé et la suppuration avait paru sur le point de s'éteindre. Constamment ces apparences de mieux avaient été suivies d'une réaction, d'une suppuration nouvelle. Après bien des difficultés, bien des larmes et bien des hésitations, la jeune dame se soumit à l'incision, à la fente complète du clapier qu'elle portait dans le sein. Je mis à découvert toute l'étendue du foyer purulent, qui avait environ huit centimètres de largeur. Deux petites artérioles exigèrent une compression à l'aide de boulettes de charpie, dont la plaie et le foyer du dépôt furent également remplis. Il ne survint ni fièvre, ni perturbations générales d'aucune sorte ; la surface purulente se détergea petit à petit, et la guérison s'établit régulièrement, comme s'il se fût agi d'une large plaie plate que l'on cicatrise par seconde intention.

Si donc les malades consentaient à s'y soumettre, la pratique précédente est celle que je conseillerais plus particulièrement lorsque, après quelques semaines de durée, après avoir essayé vainement la compression, la suppuration persiste et stagne au fond du foyer. Pour résumer ma pensée à cet égard, je dirai : de petites ouvertures sur chaque bosselure sous-cutanée d'abord ; des incisions profondes, éten-

dues, nombreuses, plus tard, si les premières, aidées de la compression, n'ont pas suffi.

En se bornant à dire qu'il faut ouvrir les abcès profonds du sein, 1° quand ils sont accompagnés de fièvre et d'insomnie; 2° quand la fluctuation y est distincte, A. Cooper, qui ajoute qu'on doit les ouvrir sur plusieurs points, n'a pas fait attention qu'en s'y prenant plus tôt, qu'en les incisant largement et de bonne heure, à la circonférence et en dehors plutôt qu'en avant, on a des chances nombreuses de les guérir à la manière des abcès chauds de la couche sous-cutanée des membres.

Mèche, *canule*. — Au lieu des incisions étendues dont j'ai parlé tout à l'heure, on a proposé de maintenir béante l'incision ordinaire des abcès profonds en y introduisant une mèche de linge effilé ou de charpie enduite de cérat.

Il importe, en se servant de ces mèches, d'éviter une faute où, soit par mégarde, soit par irréflexion, tombent fréquemment ceux qu'on charge du pansement; c'est-à-dire qu'au lieu d'un simple filtre, d'un corps étranger placé entre les lèvres de l'incision, de manière à en prévenir le recollement, il faut se garder de fixer dans la plaie un véritable bouchon; on s'y prendra de manière, par exemple, qu'une anse de charpie ou de linge, poussée par son milieu dans le fond de l'abcès, soit rejetée par ses branches dans les deux angles opposés de l'incision, sans nuire à la sortie du pus; on met ainsi obstacle au rapprochement des parties divisées, et l'on atteint complétement le but proposé. Si, au contraire, on pousse tout simplement un cône, une tente de charpie dans le trou de l'abcès, les bords de la plaie ne manquent pas de se resserrer, de s'agglutiner autour du corps étranger, d'un pansement à l'autre, et il est alors impossible que le clapier purulent se vide.

Quelques chirurgiens, M. J. Cloquet en particulier, se servent, en guise de mèches, d'un bout de sonde élastique qu'ils fixent à demeure dans l'abcès; c'est effectivement une pratique à ne point négliger dans de certains cas. Elle convient, par exemple, lorsque l'ouverture des abcès profonds a dû être pratiquée ou s'est faite à travers la glande. Alors, en effet, le bout de sonde maintenant ouvert le trou des tissus élastiques représentés par la glande et empêchant le parallélisme des diverses couches organiques de s'effacer, permet au pus une issue plus libre ou plus régulière. Lorsque l'ouverture d'un abcès profond ou d'un clapier un peu large se trouve dans le point déclive de la collection, la sonde de gomme élastique convient encore pour empêcher le poids de la mamelle de fermer la plaie et d'emprisonner la suppuration au-dessus. Mais il importe cependant de ne pas se faire

illusion sur la valeur de ce moyen; à lui seul il n'est que d'un faible secours lorsque le foyer est anfractueux, ou lorsque la plaie n'est pas située dans sa région la plus inférieure. Il ne convient guère non plus dans les abcès superficiels, ni dans les abcès purement glandulaires. Je l'ai souvent essayé, et l'on peut voir dans les faits particuliers que s'il a quelquefois semblé utile, c'est surtout quand je l'ai associé à la compression. C'est qu'effectivement, soit qu'on ait recours aux mèches, soit qu'on emploie les canules, soit qu'on s'en tienne à l'incision simple, toujours est-il qu'en l'absence des incisions larges et profondes, il est souvent utile, pour tarir les abcès sous-mammaires, d'établir ensuite une compression bien faite sur le devant du sein, avec la précaution de laisser libres les orifices qui doivent livrer issue au pus. Je reviendrai sur l'usage de ce moyen, après avoir traité des abcès parenchymateux.

Il résulte des détails précédents, 1° que l'ouverture des abcès profonds du sein doit être faite à peu près exclusivement sur un des points de la circonférence de l'organe, tant que la glande elle-même ne paraît pas envahie par la suppuration, et qu'alors les incisions larges, perpendiculaires, doivent correspondre aux régions déclives du foyer; 2° que dans les cas où l'abcès proémine sous forme de bosselure en avant, les incisions doivent être pratiquées sur les points fluctuants de la peau, sans qu'il soit besoin de leur donner autant de longueur; 3° que dans ce dernier cas on en tiendra les lèvres écartées à l'aide de mèches ou de canules; 4° que si, au bout d'une semaine ou deux, le foyer n'est pas tari, on remplacera les topiques émollients par la compression; 5° que si la compression ne paraît pas réussir, on pourra essayer des injections irritantes, telles que la décoction de quinquina, le vin rouge, la teinture d'iode affaiblie, ou encore, comme le veut A. Cooper, un mélange de 3 gouttes d'acide sulfurique pour 32 grammes d'eau de rose; 6° qu'on peut essayer aussi, quand la terminaison du mal par résolution n'est pas considérée comme tout à fait impossible, les pommades fondantes, les compresses résolutives, ou un large vésicatoire volant sur la totalité du sein; 7° qu'on ne devrait pas hésiter, tous ces essais ayant échoué, à en venir aux longues et profondes incisions, au débridement dont j'ai parlé plus haut. Prof. Velpeau.

CHIMIE ET PHARMACIE.

MÉMOIRE SUR L'ANALYSE CHIMIQUE COMPARÉE DES RACINES DE RATANHIA ET DES RACINES DE TORMENTILLE, CETTE DERNIÈRE ÉTANT PRÉSENTÉE COMME SUCCÉDANÉE DE LA PRÉCÉDENTE; SUIVI D'UNE NOTE SUR LA PRÉPARATION DES SIROPS A BASE D'EXTRAITS.

Par M. Dausse.

Depuis plusieurs années les racines de ratanhia qui nous sont expédiées d'Amérique sont devenues très-rares; celles que l'on désigne sous le nom de *ratanhia en filets* manquent entièrement; elles seules fournissent un extrait riche en tannin, en matière colorante, etc. Les souches, au contraire, fournissent deux tiers de moins d'extrait; elles sont d'ailleurs bien rares aussi et peuvent manquer également. Cependant l'extrait et la décoction de cette substance sont continuellement employés. J'ai recherché, parmi les substances végétales astringentes indigènes, celle qui se rapprochait le plus de cette racine exotique; et, après plusieurs essais, m'étant assuré que la racine de tormentille était celle qui en possédait le plus grand nombre des propriétés, j'ai dû faire l'analyse de cette racine ainsi que de celle de ratanhia, et les résultats obtenus m'ont confirmé que les préparations de tormentille remplaçaient complétement celles provenant de ratanhia. J'ai voulu en outre prévenir toute substitution ou sophistication, en désignant la substance dont on pourrait se servir pour falsifier les préparations de ratanhia. Le prix de l'extrait de tormentille étant inférieur des deux tiers au moins à celui du ratanhia, ce serait une grande économie pour les malades peu aisés. Je recommande cette particularité aux praticiens.

Traitement de 25 grammes de poudre fine de ratanhia et de 25 grammes de poudre fine de racine de tormentille.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

J'ai d'abord épuisé l'une et l'autre de ces substances par l'éther sulfurique.

Ratanhia.

La solution est rouge foncé; saveur astringente; elle rougit fort le papier de tournesol; elle précipite par l'eau, sans communiquer à ce menstrue la moindre coloration. La matière précipitée vient nager à la surface si l'on verse dans ce mélange quelques gouttes d'ammoniaque; la substance précipitée de l'éther se dissout dans l'eau; si l'on verse dans le soluté quelques gouttes de solution de sulfate de fer, on obtient un abondant précipité noir.

La solution éthérée de ratanhia a

Tormentille.

Solution rouge moins foncé; elle rougit fort le papier de tournesol; sa saveur est presque aussi astringente. Elle précipite également par l'eau; le précipité vient nager à la surface, se redissout par l'addition de l'ammoniaque, précipite abondamment par le sulfate de fer.

La solution éthérée de tormen-

Ratanhia.

fourni par l'évaporation 4 gr. 50 centigr. d'extrait sec, qui, pulvérisé, est de couleur rouge carminé.

L'alcool à 36° dissout entièrement cet extrait.

Il se dissout dans le sirop simple bouillonnant; mais, par le refroidissement, il devient un peu trouble : un peu d'alcool ajouté le rend clair.

Tormentille.

tille n'a produit que 2 gr. 70 centigrammes d'extrait sec qui, pulvérisé, est de couleur rose pâle.

L'alcool à 36° dissout entièrement cet extrait.

Il se dissout dans le sirop simple bouillant; mais, par le refroidissement, il devient un peu trouble : un peu d'alcool ajouté le rend clair.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

Sur l'une et sur l'autre substance épuisée par l'éther, j'ai fait agir l'eau distillée jusqu'à cessation de coloration et de saveur.

Les deux solutions aqueuses rougissent fortement le papier de tournesol.

Ratanhia.

Le soluté est très-foncé en couleur rouge jaunâtre; mais il n'est pas limpide, ce qui est dû à un peu de soluté éthéré, entraîné et déplacé par l'eau; la liqueur s'éclaircit par l'addition de l'alcool. Ce soluté précipite par les sels de fer moins que le soluté éthéré. Évaporé, il a fourni 3 gr. 50 centigr. d'extrait sec, d'un brun sombre foncé; consistance friable.

L'alcool et le sirop de sucre dissolvent entièrement cet extrait.

Tormentille.

Le soluté aqueux de tormentille est également trouble, rouge jaunâtre, s'éclaircit par l'alcool, précipite plus fort par les sels de fer, fournit 5 gr. 70 centigr. d'extrait sec très-astringent, peu friable, transparent quand il est en paillettes, d'un brun clair; il se dissout entièrement dans l'alcool et dans le sirop.

Les solutions sont transparentes.

TROISIÈME EXPÉRIENCE.

Les 25 grammes de poudre épuisés par l'éther et l'eau ont été séchés, puis traités par l'alcool à 36°.

Ratanhia.

Jusqu'à épuisement, le soluté a été encore fortement chargé en couleur; il précipite encore en noir par les sels de fer; sa saveur est légèrement astringente; les deux solutions alcooliques rougissent le papier de tournesol. Évaporé, il a fourni 3 grammes d'extrait sec, très-friable, brun foncé sombre.

Tormentille.

Le soluté est moins foncé en couleur que celui de ratanhia; il précipite par les sels de fer un peu moins; il n'a fourni en extrait sec que 50 centigrammes.

Récapitulation.

Extr. fourni par l'éther,	4 gr.	50 c.
— par l'eau froide,	3	50
— par l'alcool à 36°,	3	»
Pour le ratanhia : total,	11 gr.	00 c.

Extr. fourni par l'éther,	2 gr.	70 c.
— par l'eau,	5	70
— par l'alcool,	»	50
Pour la tormentille : total,	8 gr.	90 c.

Différence en faveur du ratanhia, 2 gramm. 10 centigr.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE.

Ratanhia.

25 gr. poudre nouvelle de ratanhia épuisée par l'alcool à 36°. Solution d'un rouge violet foncé très-limpide; ce soluté, étendu d'une grande

Tormentille.

Sur 25 gr. de tormentille nouvelle épuisée par l'alcool à 36°. Solution rouge moins foncé, ne se trouble pas étendue d'eau, précipite un peu

Ratanhia.

quantité d'eau, ne se trouble pas, précipite abondamment en noir par les sels de fer; a fourni, extrait sec, 11 gr. 60 centigr. de couleur rouge foncé, quand il est en poudre.

L'eau n'en dissout qu'une partie, et cela devait être; car, comme on le voit par la quantité d'extrait obtenu, l'alcool à 36° a dissous tout ce qu'avait fourni la même quantité de poudre, traitée successivement par l'éther, l'eau et l'alcool.

Les 60 centigr. d'extrait en plus viennent de ce qu'il y a eu des pertes plus considérables sur les trois opérations que sur une seule.

Le sirop de sucre bouillant le dissout entièrement, mais il trouble légèrement en refroidissant.

Quelques gouttes d'alcool lui rendent sa transparence.

Le trouble provient de la matière que l'éther dissout si bien et qui est insoluble dans l'eau, mais non dans l'alcool.

Ainsi le ratanhia fournit 3 gr. de plus que la tormentille, traité par l'alcool à 36°.

Tormentille.

moins par les sels de fer; a fourni, extrait sec, 8 gr. 60 centigr., qui, en poudre, est d'une belle couleur rouge clair, peu soluble dans l'eau, comme celui de ratanhia.

Cette opération a produit 30 centigr. de moins que les trois premières réunies; peut-être n'ai-je pas assez épuisé.

Le sirop de sucre bouillant le dissout entièrement, mais il trouble légèrement en refroidissant.

Quelques gouttes d'alcool lui donnent sa transparence.

Le trouble provient de la matière que l'éther dissout si bien et qui est insoluble dans l'eau, mais non dans l'alcool.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE.

Ratanhia.

Sur 25 gr. de ratanhia par l'alcool à 21°.

Epuisés par ce menstrue, ils ont fourni 9 gr. 40 centigr. d'extrait qui, pulvérisé, est de belle couleur rouge clair; il se dissout entièrement dans le sirop simple; la dissolution est très-limpide, se dissout entièrement dans l'eau bouillante, beaucoup moins dans l'eau froide; entier, il est brillant, à cassure vive et nette, transparent quand il est en lames minces et de couleur grenat.

Tormentille.

Sur 25 gr. de tormentille par l'alcool à 21°.

Ils ont fourni, extrait sec, 11 gr. 20 centigrammes, aussi beau que le même fourni par le ratanhia, un peu plus soluble dans l'eau froide, également soluble dans l'eau bouillante et dans le sirop de sucre, donnant un sirop très-limpide. Comme on le voit, c'est ce menstrue qui a fourni le plus d'extrait avec cette substance; il l'emporte sur celui de ratanhia de 1 gr. 80 centigr.

Il est évident que le traitement par l'alcool à 21° ou bien par l'eau chaude est plus favorable à la tormentille qu'au ratanhia. Les extraits obtenus par ces deux menstrues sont très-riches en matières tannante et colorante, se dissolvent bien dans le sirop de sucre et l'eau bouillante; il s'y trouve peu de la matière grasse que dissolvent l'éther et l'alcool à 36°; aussi les solutions sont moins troubles dans l'eau. Ainsi, la tormentille fournit, par l'alcool à 21°, autant d'extrait sec que le ratanhia des première, deuxième et troisième expériences réunies. Nous verrons plus bas la différence quant au tannin.

SIXIÈME EXPÉRIENCE.

Ratanhia.

25 gr. nouveau ratanhia de souches, épuisés par l'eau bouillante, ont fourni 5 gr. 50 centigr. d'extrait sec. La décoction reste transparente tant qu'elle est chaude, mais en se refroidissant elle dépose abondamment.

Extrait de ratanhia obtenu de souches et filets.

10 gr. ont été triturés avec 200 gr. d'eau froide; la dissolution a été incomplète; elle était trouble. Ayant filtré, j'ai recueilli 2 gr. d'extrait qui n'a pu se dissoudre dans l'eau, mais il se dissout dans l'alcool et le sirop de sucre.

Tormentille.

Sur 25 gr. tormentille nouvelle j'ai épuisé par l'eau bouillante; extrait fourni : 6 gr. 75 centigr. Sa décoction reste transparente tant qu'elle est chaude, mais en se refroidissant elle dépose abondamment.

10 gr. d'extrait de tormentille, également repris par 200 gr. d'eau froide, n'ont pu se dissoudre en totalité. Le résidu pesait 3 grammes.

Ce résidu se dissolvait dans l'alcool et le sirop de sucre.

SEPTIÈME EXPÉRIENCE.

Ratanhia.

Traitement de 25 grammes de poudre de ratanhia (souches) par l'eau froide.

J'ai obtenu 2 gr. 50 centigr. d'extrait sec d'un beau brun rouge vif.

Saveur très-astringente; se dissout entièrement dans l'eau froide, pourvu qu'on en emploie une assez forte quantité.

Tormentille.

Traitement de 25 grammes de tormentille par l'eau froide.

J'ai obtenu 5 gr. 50 centigr. d'extrait de couleur rouge brun jaunâtre, de saveur un peu moins astringente.

Il se dissout entièrement dans l'eau froide.

HUITIÈME EXPÉRIENCE.

Ratanhia.

J'ai voulu constater la quantité de tannate de fer obtenue par le sulfate de fer versé dans une dissolution de 2 gr. d'extrait hydro-alcoolique de ratanhia ; cette quantité m'a fourni 50 centigr.

Tormentille.

2 gr. d'extrait hydro-alcoolique de tormentille, en dissolution limpide, traités par le sulfate de fer, n'ont fourni que 40 centigr. de tannate de fer ou un cinquième de moins.

Les extraits des substances astringentes ont un inconvénient que je dois signaler : ils sont très-sujets à moisir quand ils sont à l'état mou, même pilulaire. Ceux de ratanhia, de tormentille, de bistorte, de noix de galle, etc., sont dans ce cas. Aussi ne doit-on les établir qu'à l'état sec; cela tient à ce qu'ils ne contiennent aucun sel hygrométrique et qu'ils tendent naturellement à laisser échapper le peu d'eau qu'ils contiennent; cette eau, en s'évaporant, rencontre le couvercle du vase qui le contient, et, en séjournant à la surface de l'extrait, y détermine la moisissure.

L'extrait de roses de Provins, loin de se dessécher, s'il est pilulaire, attire l'humidité de l'air et se liquéfie; cependant, comme les autres, il moisit également.

Il paraît que toutes les substances qui contiennent du tannin présentent ce phénomène.

Une autre particularité de ces divers extraits, c'est, lors même qu'on les a obtenus par l'intermédiaire de l'eau froide, quoique le soluté soit d'une grande limpidité, l'extrait, aussitôt après l'évaporation, soit à l'état mou, soit à l'état sec, se dissout avec difficulté dans l'eau froide. Il y a plusieurs causes à cela : 1° il faudrait, pour qu'il pût se dissoudre entièrement, le traiter par une quantité d'eau égale à la quantité qui a servi à l'extrait (ce qui n'a pas lieu quand on le fait entrer dans des potions); 2° probablement le calorique et l'air en oxydent une partie qui devient moins soluble dans ce menstrue. On ne peut attribuer le trouble qui a lieu quand on traite à froid ces extraits par l'eau, ni à de l'albumine, ni à des résines.

A froid, l'eau n'a pu dissoudre la résine que l'éther nous a signalée; l'albumine ne saurait exister avec ses propriétés physiques dans des substances contenant beaucoup de tannin; ce ne peut être non plus de l'amidon, car, à froid, l'eau ne le dissout pas; ce n'est pas non plus du mucilage ou de la gomme, car l'alcool versé en toute proportion dans le soluté aqueux fait à froid ne précipite rien : c'est donc à leur peu d'affinité pour l'eau qu'il faut l'attribuer.

Si l'eau froide ne peut redissoudre en totalité l'extrait qu'elle a servi à préparer, le sirop de sucre, sans intermédiaire, dissout complétement tous ces extraits, qu'ils soient obtenus par l'alcool à 21°, par l'eau bouillante ou l'eau froide, et la dissolution reste limpide. Cette propriété du sirop de sucre m'était connue depuis 1836. Je l'ai souvent indiquée à beaucoup de mes confrères ou à leurs élèves quand ils se plaignaient du peu de solubilité de l'extrait de ratanhia dans l'eau et les potions.

Je dus cette découverte au hasard : je manquais de sirop de ratanhia pour livrer tout de suite à un client; ce jour-là je terminais une grande quantité d'extrait de cette racine; j'eus l'idée de prendre une solution très-concentrée de cet extrait, équivalant à la quantité d'extrait qui entrait dans le sirop; je mêlai l'extrait fluide au sirop simple et fus agréablement surpris de sa grande limpidité.

Depuis lors, j'ai toujours préparé ce sirop, et, par analogie, tous les autres sirops qui se font avec des extraits, non pas en dissolvant ces extraits dans leur poids égal d'eau, il n'en est pas besoin, mais dans le sirop lui-même.

Voici comment j'opère : on pèse la quantité de sirop simple dont on a besoin. Exemple : pour le sirop de ratanhia, prenez 1 kil. de sirop simple, extrait sec de ratanhia 32 gr. On pulvérise l'extrait dans un mortier de porcelaine; on le place ensuite au fond d'un poêlon d'argent ou de porcelaine, et l'on y verse environ 250 gr. de sirop de

sucre ; on délaye la poudre avec le sirop au moyen d'une spatule de bois, puis on place le poêlon sur la flamme d'une lampe à esprit-de-vin ; on agite continuellement en éloignant et en rapprochant successivement le poêlon de la flamme, pour ne pas trop chauffer et jusqu'à ce que le sirop entre en ébullition ; aussitôt qu'il s'est formé un peu d'écume à sa surface, on verse le tout sur une petite étamine à looch, fraîchement rincée et placée au-dessus d'une terrine contenant le restant du sirop simple ; on agite le sirop simple avec une cuiller d'argent, pour le bien mêler.

Tout cela ne demande que quelques instants et s'obtient sans presque aucuns frais.

Pourquoi le sucre, à l'état de sirop, a-t-il la propriété de dissoudre si bien les extraits astringents? Je crois devoir l'attribuer à la propriété désoxydante qu'il possède. Nul doute que pendant l'évaporation les extraits de ratanhia et autres n'absorbent de l'oxygène qui peut être cause de leur moindre solubilité. Le sucre, en se combinant avec eux, pour former un saccharolé, les désoxyde et les rend plus solubles.

Quoi qu'il en soit, c'est un fait bien acquis que le sirop de sucre dissout très-bien ces extraits ; la quantité même qu'il peut dissoudre, sans cristalliser et sans perdre sa limpidité, est considérable.

J'ai fait dissoudre 10 gram. d'extrait de tormentille ou de ratanhia dans 50 gram. de sirop simple, sans l'intermède de l'eau et comme je l'ai indiqué plus haut ; mais il est préférable, pour dissoudre cette quantité d'extrait, d'employer 90 gram. de sirop ; on prépare ainsi un sirop dosé qui contient 1 gram. d'extrait par 10 gram. de sirop, et qui est très-utile pour préparer les potions.

Toutes les fois que les médecins formulent une potion astringente avec un de ces extraits, ils devraient faire entrer beaucoup de sirop et peu d'eau distillée, car l'eau en trop grande quantité trouble le mélange en précipitant une partie de l'extrait ; un peu d'alcool ajouté (lorsqu'il n'est pas contre-indiqué) éclaircit le mélange.

Si l'on n'a pas de sirop de ratanhia concentré, comme celui que j'indique plus haut, le meilleur moyen à employer pour préparer une potion dans laquelle entre soit de l'extrait de ratanhia, soit de tormentille, consiste à pulvériser l'extrait, à le triturer à froid avec les sirops, ajouter, s'il le faut, quelques gouttes d'alcool, à verser ce mélange dans la fiole, et ajouter après les eaux distillés en agitant bien.

RÉSUMÉ.

1° L'éther démontre dans le ratanhia et la tormentille une substance résinoïde, insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'acool à 36°. C'est

à cette substance plus ou moins introduite dans l'extrait qu'il faut attribuer le trouble des dissolutions faites par l'eau.

2° Le ratanhia choisi et la racine de tormentille fournissent le plus d'extrait, quand on les a traités par l'alcool à 21° ou par l'eau bouillante.

3° Ces substances fournissent un extrait entièrement soluble si l'on ne les traite que par l'eau froide ; mais par ce moyen on est loin de leur avoir enlevé tout leur principe astringent.

4° L'extrait de tormentille hydro-alcoolique ou par l'eau bouillante contient un cinquième en moins de tannin que les deux mêmes extraits de ratanhia choisi : ainsi, pour remplacer entièrement le ratanhia, il faudra employer 5 gr. d'extrait de tormentille pour 4 gr. de ratanhia.

5° Le sirop de sucre et l'alcool sont les meilleurs dissolvants de ces deux extraits.

6° Toutes les fois qu'on voudra dissoudre un de ces extraits dans du sirop, il est inutile de se servir de l'eau ; la solution se fait beaucoup mieux à l'aide de la chaleur dans le sirop seul.

7° Toutes les fois qu'une solution dans l'eau est trouble, on peut la rendre limpide en y ajoutant une certaine quantité d'alcool.

8° Déjà, par suite de la rareté du ratanhia, les falsificateurs se sont mis à l'œuvre : on m'a déjà montré deux prétendus extraits de ratanhia faits de toutes pièces et sans ratanhia. Un moyen sûr de couper court à toutes ces falsifications, c'est de prescrire, à la place de l'extrait de ratanhia, l'extrait de tormentille qui, par son prix des deux tiers au-dessous de celui du ratanhia, n'offrira plus aucun avantage aux falsificateurs et permettra aux pharmaciens de fournir aux malades peu aisés un médicament moins coûteux et aussi actif que celui fait avec le ratanhia.

9° Les préparations de tormentille se distinguent par une légère odeur de rose.

PRÉPARATIONS DES SELS FERRO-MANGANEUX.

M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon, qui a confectionné les préparations ferro-manganeuses dont il s'agit dans le Mémoire de M. Pétrequin, a composé sur ce sujet une brochure intéressante, où il donne des détails techniques sur l'ensemble de ses procédés pharmaceutiques ; nous en extrairons les formules suivantes :

Poudre pour eau gazeuse ferro-manganeuse.

Bicarbonate de soude en poudre grossière. .	20,00
Acide tartrique.	25,00

Sucre pulvérisé......................	53,00
Sulfate ferreux, en poudre très-fine........	1,50
Sulfate manganeux, *id*..................	0,75

Mêlez avec soin et fermez dans des flacons bien bouchés.

On met une cuillerée à café de poudre pour chaque verre d'eau et de vin que l'on boit pendant les repas, de préférence à la poudre Quesneville et aux eaux ferrées.

Pilules de carbonate ferro-manganeux.

Sulfate ferreux cristallisé pur	75,0
Sulfate manganeux cristallisé pur..........	25,0
Carbonate de soude cristallisé.............	120,0
Miel fin...............................	60,0
Eau..................................	Q. S.

M. Burin procède dans la préparation pharmaceutique comme pour les pilules de Vallet ; on forme des pilules de 20 centigrammes, qu'on peut argenter à volonté, et qui se conservent parfaitement sans se peroxyder, en les enfermant dans des flacons bien bouchés.

M. Pétrequin donne 2 à 4 pilules par jour.

Chocolat ferro-manganeux.

On prépare d'abord un saccharure de carbonate ferro-manganeux, contenant une partie de sel double pour quatre de sucre. On en fait de larges pastilles à la goutte, de 40 à 50 grammes, qui servent à confectionner le chocolat en prenant :

Saccharure ci-dessus en pastilles.................	100,0
Pâte de chocolat (où l'on a supprimé en la préparant 100 grammes de sucre).........................	500,0

Mélangez, et divisez en pastilles de 0,75. — Le chocolat décompose le carbonate ferro-manganeux hydraté du saccharure, en sesquioxyde de fer et de manganèse hydraté, qui ne donne aucune saveur métallique au chocolat préparé de cette manière.

M. Pétrequin donne 4 à 6 ou 8 pastilles par jour ; chacune d'elles renferme environ 3 centigrammes de protocarbonate de fer et de manganèse.

Sirop de lactate de fer et de manganèse.

Lactate ferro-manganeux.....................	4,0
Sucre en poudre.............................	16,0
Triturez ensemble, et ajoutez eau distillée.........	200,9
Dissolvez rapidement ; versez la liqueur dans un matras au bain-marie, contenant sucre cassé........	384,0

Filtrez après solution. Ce sirop contient environ 15 centigrammes

de lactate de fer et 5 centigrammes de lactate de manganèse par 30 grammes. On en prend une ou deux cuillerées par jour.

Pastilles de lactate ferro-manganeux.

Lactate de fer et de manganèse..............	20,0
Sucre fin..............................	400,0
Eau..................................	Q. S.

Faites des pastilles à la goutte de 0,5. Dose de 6 à 8 par jour.

Sirop d'iodure ferro-manganeux.

M. Burin-Dubuisson, procédant selon la formule du docteur Dupasquier de Lyon pour l'iodure de fer, compose, d'après un procédé qui lui est propre, un soluté officinal d'iodure ferro-manganeux, qui contient un tiers de son poids de proto-iodure de fer et de manganèse ; ces deux sels s'y trouvent dans la proportion environ de 3 iodure ferreux et 1 iodure manganeux.

Soluté officinal d'iodure ferro-manganeux..........	6,0
Sirop blanc..............................	294,0

Mêlez. 30 grammes de ce sirop contiennent 0,2 de proto-iodure ferro-manganeux. M. Pétrequin en donne une à deux cuillerées par jour.

Pilules d'iodure ferro-manganeux.

Soluté officinal..........................	16,0
Miel..............................	5,0
Poudre absorbante......................	9,5

100 pilules. Mêlez le miel et le soluté, évaporez d'abord rapidement, et sur la fin à une douce température, jusqu'à ce que le poids du mélange soit de 10 grammes. Ajoutez quantité suffisante d'un mélange à parties égales de poudre de guimauve et de réglisse, environ 9,5. Divisez la masse en quatre parties égales, que vous roulerez dans la poudre de fer réduit par l'hydrogène; allongez les petites masses en cylindres sur une plaque de fer, et divisez chacun d'eux en 25 pilules que vous roulerez dans une nouvelle quantité de poudre de fer, pour recouvrir les parties mises à nu par le pilulier. Procédez ensuite à la seconde opération, qui consiste à recouvrir les pilules d'une couche de baume de Tolu, en opérant comme l'indique M. Blancard.

Chaque pilule contient environ 5 centigrammes d'iodure ferro-manganeux. M. Pétrequin en prescrit deux à quatre par jour.

Toutes ces préparations veulent être faites avec le plus grand soin. M. Burin-Dubuisson, ayant acquis la certitude que les sels de manganèse du commerce sont souvent impurs, et renferment parfois des substances nuisibles, comme du cuivre et même de l'arsenic, insiste sur la nécessité de calciner au rouge sombre le sulfate de manganèse

qui sert à préparer tous les autres sels manganeux, de répéter cette calcination deux fois au moins, et enfin d'essayer en outre la solution.

OBSERVATION PRATIQUE SUR LES SUPPOSITOIRES DE BEURRE DE CACAO.

La préparation des suppositoires de beurre de cacao, additionnés de laudanum, de chloroforme, d'extraits ou de solutions, exige plusieurs heures de travail, et encore n'évite-t-on pas toujours, malgré les soins qu'on y apporte, une certaine perte de principes actifs.

On peut, dans bien des cas, obvier à ces inconvénients par un moyen prompt et d'une exécution facile. Ce moyen consiste à évider les suppositoires avec une tige en fer légèrement chauffée, pour y pratiquer une cavité assez grande pour contenir le médicament prescrit, et à reboucher l'orifice avec une légère couche de beurre de cacao. On obtient cette couche en frottant un morceau de beurre de cacao sur une spatule en fer ou sur une lame de couteau chauffée à une lampe à esprit-de-vin.

On peut avoir toujours préparées à l'avance des capsules de beurre de cacao ; on n'enlève l'enveloppe qui leur a servi de moule qu'au fur et à mesure du besoin. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE LA DARTRE SQUAMMEUSE HUMIDE (HERPES SQUAMOSUS MORDICANS D'ALIBERT, ECZEMA DE WILLAN) : UN MOT SUR QUELQUES OBSERVATIONS D'IL Y A VINGT ANS, RELATIVES A L'EMPLOI DU GOUDRON ET DE L'HUILE PYROGÉNÉE DE HOUILLE.

Depuis que M. Emery a repris en sous-œuvre l'étude du goudron dans la thérapeutique des maladies de la peau, M. Devergie, M. Serre (d'Uzès), et tout récemment M. Lafond-Gouzy ont suivi cet exemple, et, cela, sans rappeler le moins du monde qu'il y a vingt ans chacun a pu voir, au pavillon Gabrielle et dans les salles de la lingerie de l'hôpital Saint-Louis, toutes les malades saturées de goudron. Dans les écrits de ces dermato-thérapeutistes il respire un air de novateur, une assurance d'initiative toute particulière, sans qu'il y perce jamais rien des travaux qui les ont précédés. C'est ainsi qu'il n'y a jamais été question de la thèse de M. Girou de Buzareingues, ni d'un article inséré en 1834 dans le *Bulletin de Thérapeutique* par M. Duchesne-Duparc, qui rappelait des expériences que nous avions faites en commun.

Mais, pourrait-on m'objecter, vous n'aviez rien publié sur l'*eczéma*,

sur la *lepra vulgaris*, partant, nous avons pu faire ainsi notre propriété des applications du goudron au traitement de ces maladies ; et la preuve que nous n'avons pas empiété sur vos droits, c'est que jamais nous n'avons touché aux prurigos, aux porrigos dont M. Girou de Buzareingues a particulièrement traité, à la gale sur laquelle M. Duchesne et vous aviez fixé l'attention, et encore moins aux maladies *dyscromateuses*, et en particulier à la *panne hépatique*, sur lesquelles vous avez montré l'action du goudron, dans ce même *Bulletin*, t. XXV, année 1843.

Oui, mais précisément dans ce même travail, à la page 412, il est établi que ce n'était pas d'alors que dataient nos essais d'expérimentation ; et sans contester nous-même tous les services que les nouveaux venus ont pu rendre dans une telle question, sans dissimuler même la véritable satisfaction que nous éprouvons de les voir suivre et persévérer dans la voie que nous avons ouverte, il nous semble qu'il eût été plus équitable pour eux de dire qu'ils ne faisaient que continuer des expériences déjà commencées. D'autant qu'en suivant ainsi la chaîne de la tradition, nul doute qu'il n'en fût résulté plus d'utilité pour la science et plus d'assurance pour la pratique, car nous serions aussi venus en aide à leurs louables efforts.

Nullement! On a voulu marcher isolément dans cette voie ; et par conséquent, quoiqu'à regret, sommes-nous aussi obligé de tracer séparément notre sillon, ou plutôt devons-nous peut-être reprendre la question dès son origine, afin de la montrer tout entière aujourd'hui ; et l'on verra alors que cette étude n'était pas aussi peu avancée qu'on a semblé le croire. Du moins, voilà vingt ans de cela, et chaque pas nouveau nous assure davantage de la solidité des premiers jalons que nous avions posés à cette époque.

Je dois d'abord dire que la médication goudronnée extérieure avait été essayée sur la plupart des maladies des groupes des *dermatoses dartreuses*, *teigneuses et scabieuses* dans le courant des années 1831, 1832, 1833 ; qu'en 1843, je complétais des expériences que j'avais faites dès ces premières années sur une des maladies dyscromateuses, et que si je n'ai pas publié mes résultats thérapeutiques sur ces maladies, c'est que le traitement par le goudron était devenu, à l'hôpital Saint-Louis, une banalité que personne ne contestait aux élèves d'Alibert de cette époque. Aussi n'a-t-il rien moins fallu que le renouvellement de tout le personnel médical de l'hôpital Saint-Louis pour faire croire que, parce que les personnes étaient nouvelles, les choses l'étaient aussi.

Ces discussions, mesquines en apparence, résultant, j'aime à le croire,

plus des circonstances que de l'intention des médecins distingués qui s'y trouvent mêlés, ont eu cependant cette conséquence qu'avait prédite Hippocrate, c'est qu'en ne tenant pas compte de ce qu'on avait déjà fait, ces expérimentations isolées ont laissé pénétrer l'erreur dans la question.

En effet, si un praticien voit isolément les observations de M. Girou de Buzarcingues sur les prurigos, celles de M. Duchesne et de moi-même sur la gale, les autres de M. Emery sur les psoriasis, de MM. Devergie et Lafond-Gouzy sur les eczémas, il conclura à la spécificité du goudron sur telle ou telle maladie; tandis que l'expérience, plus généralisée, avait déjà appris, il y a vingt ans, que l'huile de cade, l'huile pyrogénée de houille étaient plutôt utiles suivant *la forme et la chronicité* de la maladie de la peau que suivant son *espèce*. Dernier fait, résultat le plus essentiel à connaître, que l'œil le plus exercé découvre difficilement dans tous ces travaux isolés !

Or, nous avions si bien compris, il y a vingt ans, qu'il était question seulement d'une modification de degré, que toujours nous associions alors le goudron à l'axonge afin d'en pouvoir varier la dose suivant les conditions phlegmasiques de la maladie de la peau. C'est cette préoccupation qui nous a porté à joindre différentes substances au goudron. Peut-être cela a-t-il été un tort, mais ce qu'il y a de certain c'est que, sous l'influence de ces mêmes idées doctrinales qui subsistent aujourd'hui comme alors, nous avions expérimenté la plupart des substances résineuses, comme l'atteste le mémoire que je publiai alors sur les résultats obtenus par le styrax dans l'esthiomène (Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. V, 1833).

L'huile pyrogénée de houille, fabriquée dans l'appareil à gaz de l'hôpital Saint-Louis, ne pouvait faire exception à cette expérimentation générale, et nous l'employâmes assez largement pour lui reconnaître les mêmes propriétés qu'au goudron; son seul inconvénient était de noircir beaucoup plus la peau de nos malades et le linge de l'hôpital. Mais comme tout était goudronné alors, comme il paraît encore en être de même aujourd'hui, nous glissâmes tout à fait sur cette circonstance, et le pharmacien finit par avoir tout à fait carte blanche sur l'espèce de goudron, végétal ou minéral, avec lequel il devait composer ses pommades.

Ce qui nous occupa d'abord et par-dessus de toute chose, c'était le moment de l'application et la dose du remède; et nous avions parfaitement raison, puisque aujourd'hui, après tant d'essais tentés et d'expériences recommencées, M. Devergie n'arrive pas à une autre conclusion pratique : « Ces huiles, dit-il, ne procurent de succès qu'autant

qu'elles sont appliquées en couches tellement minces, qu'une fois étendues, il faut enlever avec du coton sec tout ce que l'on peut en enlever, et ce qui reste est suffisant pour guérir. Dans le cas d'une application un peu épaisse, on stimule, on fait sécréter, on irrite, on modifie mal et on ne guérit pas. » (T. XLI de ce recueil, p. 83, 1851.)

Rien de plus vrai, de plus saisissant pour un praticien expérimenté ; et nous l'avions si bien reconnu, que non-seulement nous avions recours à des huiles résineuses diverses, mais encore que nous dosions les différentes pommades que nous employions. En présence d'un tel résultat de l'observation, on conçoit difficilement comment M. Devergie les emploie pures et s'expose ainsi volontairement aux inconvénients qu'il redoute.

En effet, le mode adopté par M. Devergie peut être excellent, je me plais à le reconnaître, dans quelques dartres très-chroniques et sèches ; mais il peut devenir dangereux sur les dartres sécrétantes ; car les résineux trop actifs poussent évidemment à la sécrétion et même à la suppuration, comme on l'avait reconnu depuis longtemps, et comme je l'ai particulièrement établi dans mes observations sur l'application du styrax pour les dartres rongeantes. (Voyez le travail déjà cité.)

Or, cette susceptibilité de la peau malade est surtout à considérer dans la dartre squammeuse humide, dont il doit être ici spécialement traité. Une méprise ou une imprudence, souvent trop de précipitation, obligent quelquefois à recommencer tout le traitement, comme je l'ai vu tant de fois. Aussi, pour établir ce principe pratique, je n'ai qu'à citer quelques observations.

En 1831, une femme d'Amiens, couchée au n° 12 du pavillon Gabrielle, était venue à Paris pour se faire traiter d'une dartre squammeuse humide déjà fort ancienne, qui occupait toute la peau des paupières et encadrait chaque œil d'une auréole dartreuse. La sécrétion n'était pas très-abondante, les squames étaient blanches, sèches et nullement imbibées ou imprégnées d'une sérosité purulente, mais elles se reproduisaient perpétuellement. Je fis frictionner les parties malades avec du cérat laudanisé, et quinze jours après on ne voyait plus trace de l'altération de la peau.

Je prends acte de ce fait pour constater l'action des opiacés dans les dartres sécrétantes, et surtout pour établir l'innocuité des corps gras ou huileux, dès l'instant que la sécrétion n'est pas très-abondante, et surtout qu'elle n'entraîne pas une sorte de suppuration. Dans ce dernier cas, au contraire, une simple friction avec de l'huile d'olive peut reproduire toute la maladie, de même que pour la mélitagre (im-

petigo). Voici, en effet, un fait qui établit cette dernière assertion.

M[lle] Branche, ancienne bonne de la duchesse D**, désespérée d'une dartre squammeuse humide qui depuis longtemps affectait ses deux bras et ses deux membres inférieurs, se décida à entrer au pavillon Gabrielle. Alibert me la confia spécialement, et comme j'avais vu déjà plusieurs fois le cérat opiacé arrêter les sécrétions dartreuses, diminuer l'inflammation de la peau et amener par ces deux conséquences modificatrices la guérison, j'employai le même moyen. Seulement, comme ici le mal était très-étendu, je ne crus pas devoir ordonner des frictions générales avec la pommade laudanisée, soit pour ne pas amener un narcotisme, soit pour ne pas laisser ainsi des épaisseurs de pommade sur la peau, qui, en se corrompant, eussent pu l'irriter. Je fis oindre du papier et appliquer ce topique sur les points les plus malades. Pendant quelques jours le résultat parut satisfaisant, mais bientôt après le mal s'exaspéra, l'inflammation devint plus vive, les squames moins parfaites, plus promptes à se reconnaître, etc., ce qui me contraignit de renoncer à ce moyen.

Je compris alors que c'était peut-être la forme du médicament qui occasionnait tous ces effets, et j'employai des cataplasmes de fécule de pommes de terre laudanisés, des bains amylacés et des lotions semblables, auxquelles j'ajoutai de la teinture d'opium. Avec ces seuls moyens la guérison fut lente, mais elle arriva néanmoins.

Elle fut lente, ai-je dit, mais elle arriva ; preuve certaine de l'action du remède sous cette forme. Toutefois, cette lenteur atteste encore autre chose, c'est que tout l'effet médicateur partit du traitement externe, car aucun remède intérieur ne fut administré, si ce n'est des boissons délayantes. Or, à cette époque, chacun le sait, les livres d'Alibert le prouvent, notre illustre maître était découragé de l'inutilité des moyens banalement employés depuis longtemps, et peut-être plus encore de ceux dont Biett surchargeait la thérapeutique des maladies de la peau par un empirisme que rien, on peut le dire, n'a justifié suffisamment.

Aujourd'hui, j'ai tout lieu de croire qu'il n'en serait pas ainsi pour cette maladie, car je suis parvenu, comme le prouvent d'autres travaux et comme le confirmera celui-ci, à concilier les traitements interne et externe dans leur mode d'action physiologique, puisque tandis que l'un tend à dériver de la peau vers l'intérieur, celui de l'intérieur établit une puissante révulsion et une persévérante élimination sur les grands appareils sécrétoires intestinaux et rénaux.

Mais, pour ne pas anticiper, qu'il me suffise de dire ici que j'ai cité cette dernière observation pour montrer que les conditions phlegmasiques

de la dartre squammeuse humide sont quelquefois tellement susceptibles, que le moyen le plus anodin, qui réussit dans certains cas, aggrave le mal dans un autre; tandis que l'expérience apprend qu'on peut parer à ces inconvénients par la forme du remède lui-même. Aussi résulte-t-il de cette même expérience que le goudron ne peut être employé comme moyen général dans tous les cas et dans toutes les phases de la dartre squammeuse humide, puisqu'un simple corps gras peut être cause de l'exaspération du mal. C'est au point que j'avais quelquefois montré à Alibert que pour faire fluer de nouveau une dartre squammeuse humide et surtout une mélitagre, *eczema* et *impetigo*, il suffisait de les oindre avec un corps gras ou simplement de l'huile d'olive. (Voyez le t. V de ce Recueil, p. 89, où j'ai parlé de ce fait à propos de l'utilité des lotions ioduro-sulfureuses.)

Or, nous n'avons jamais tenté des frictions goudronnées dans ces conditions, puisque dans certains cas où les symptômes hypérémiques étaient moins prononcés, nous avons vu la maladie s'exaspérer. Aussi réservions-nous, comme nous le faisons toujours, le moyen pour les cas où la chronicité du mal était très-manifeste.

C'est ainsi que les frictions au goudron déterminèrent la guérison chez une femme qui était depuis deux ans au pavillon Gabrielle pour une mélitagre chronique, qu'Alibert appelle aussi nigrieante, à cause des croûtes noirâtres auxquelles elle donne lieu.

Cette femme n'avait plus de sécrétion à ses bras, mais la peau était restée hypertrophiée, rude, sillonnée, d'une rougeur foncée, et avec desquamation furfurescente. Les bains alcalins, sulfureux, surtout les lotions ioduro-sulfureuses n'avaient fait qu'atténuer le mal ou plutôt l'avaient transformé. La desquamation avait remplacé la sécrétion, lorsque les frictions goudronnées firent disparaître tout le reste de la maladie.

Je ne parlerai pas de l'action du goudron sur l'herpès furfuraceus circinnatus, dartre furfuracée arrondie, *lepra vulgaris* : M. Emery en a produit assez d'exemples. Je ne chercherai même pas à établir que ces faits étaient parfaitement connus à l'hôpital Saint-Louis, et notamment par nos amis et condisciples MM. Huguier et Théodore Lemasson, alors internes de MM. Manry et François, prédécesseurs de M. Emery. Je laisserai donc tous les droits possibles à ce médecin, auquel d'ailleurs je ne conteste nullement le mérite d'avoir parfaitement distingué la vérité et de l'avoir mise plus particulièrement à jour. J'aime même à espérer que M. Emery se rappelle mon respectueux attachement, comme j'ai gardé heureuse souvenance de ses bontés particulières.

Cet historique terminé, j'aborderai dans ma prochaine lettre le traitement de la dartre squammeuse humide.

DAUVERGNE.
Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

OBSERVATION DE SYNCOPE PROVOQUÉE PAR L'INHALATION DU CHLOROFORME AYANT DURÉ UNE HEURE ET DEMIE.

Aux documents nombreux et intéressants fournis par le *Bulletin de Thérapeutique* sur la question de la chloroformisation, permettez-moi d'en venir ajouter un qui a son importance. En effet, parmi les cas de syncope provoquée par les inhalations anesthésiques, il en est qui présentent des accidents aussi graves, mais peu qui en présentent d'aussi prolongés que dans l'observation suivante.

Obs. Le nommé Serhposs, âgé de vingt-huit ans, exerçant la profession de pêcheur, est admis le 2 février 1852 à notre hôpital, pour un cancer de la verge qui avait envahi tout le gland et le prépuce. Trois jours après son entrée, je propose à ce malade l'amputation de la verge. Il y consent, à la condition toutefois qu'on le ferait dormir. J'ai donc dû avoir recours à l'inhalation du chloroforme, et voici comment les choses se sont passées. Le patient étant couché sur le bord de son lit, on lui appliqua sur la bouche une éponge contenant quatre grammes de chloroforme. A peine quelques secondes s'étaient-elles écoulées, que le malad l'arracha brusquement et la jeta à terre. Il n'était pas encore chloroformisé, il parlait et sentait très-bien. Le pouls donnait 70 pulsations par minute. On réappliqua donc l'éponge imprégnée de chloroforme, de manière à laisser libre l'entrée des voies respiratoires, et au bout de deux minutes et demie, à la période d'excitation succéda la période d'insensibilité ou période opératoire. On cesse alors la chloroformisation, le pouls étant descendu à 60 pulsations.

Alors, saisissant la verge en arrière du prépuce et comprimant la peau sur le corps caverneux, je pratiquai avec un petit couteau à amputation la section de la peau et des corps caverneux, à environ 7 millimètres de la couronne de la verge. Je liai alors quelques artères ; passant une sonde en gomme dans la vessie, et l'ayant fixée à demeure, je terminai en pansant la plaie à plat.

L'opération terminée (elle n'a pas, on le comprend sans peine, réclamé plus de cinq à six minutes), le malade continua à rester dans le même état d'insensibilité; son visage devenant plus terne, le pouls imperceptible, la peau froide, j'auscultai la respiration, qui se ralentissait de plus en plus. On ouvre les fenêtres placées près du lit du

patient, on projette de l'eau froide sur son visage, on frictionne la poitrine, le ventre et les membres avec de l'alcool camphré.

Je chatouille les narines avec les barbes d'une plume trempée dans l'ammoniaque liquide. On m'apporte une sonde trachéale ; en vain je tente la respiration artificielle ; le galvanisme est appliqué à la région du cœur et du diaphragme. Mon collègue M. Kostoki, qui avait surveillé la chloroformisation, et moi, nous sommes dans des angoisses inexprimables et nous ne négligeons rien pour ranimer la vie chez notre patient. En présence de toutes ces tentatives inutiles, le désespoir finit par s'emparer de tous ; j'encourage cependant mon collègue et les élèves à continuer encore nos soins. Je fais placer le malade dans une caisse d'air chaud ; enfin, après *une heure et demie* de tentatives désespérées et au moment où, en proie à un cruel désespoir, nous allions abandonner le malheureux Serhposs, il donna signe de vie par un mouvement de la lèvre supérieure, et, quelques secondes après, il était ranimé ; on le transporte alors dans un lit bassiné où il achève de se remettre complétement ; mais il n'a pas conscience du danger qu'il a couru.

Ce fait me paraît intéressant sous plus d'un rapport. Je me demande tout d'abord à quelle cause il faut attribuer cet accident ? L'inhalation anesthésique a été pratiquée d'une manière entièrement conforme aux meilleurs préceptes qui ont été tracés et que j'avais suivis avec plein succès dans maintes occasions. C'est en vain que j'en cherche la cause dans le procédé de chloroformisation, dans la durée de l'inhalation, enfin dans la qualité de l'agent anesthétique. M. Carlo, pharmacien de notre hôpital, a analysé le chloroforme, qui nous est adressé de Paris, il l'a trouvé très-pur; je m'en étais servi, d'ailleurs, le matin même dans une amputation de Chopart. C'est donc dans une susceptibilité plus grande à subir les effets anesthésiques du chloroforme qu'il faut placer la cause principale de cette syncope.

La conclusion pratique la plus importante que nous pouvons tirer de ce fait est que : dans les syncopes provoquées par l'inhalation anesthésique, comme dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés, etc., etc., quelques désespérées que semblent les tentatives, on ne doit pas perdre trop tôt courage. Nul doute que, dans des mains moins persévérantes que les nôtres, l'observation dont nous venons de rendre compte ne se fût terminée par la mort. Puisse donc notre exemple encourager les confrères qui se trouveront placés dans des circonstances aussi perplexes que celles dans lesquelles nous nous sommes trouvés, et puissent leurs efforts persévérants être couronnés d'un semblable résultat !

Docteur J. Beyran,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Yédi-Koulé,
à Constantinople.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'amaurose ou de la goutte sereine, ouvrage contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie, dans des cas de cécité complète, par M. Ch. Deval, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de l'Académie royale de Madrid, des Sociétés médicales de Poitiers, de Marseille, et directeur d'un dispensaire pour le traitement spécial des maladies des yeux.

« Chercher des remèdes contre la goutte sereine, c'est chercher la pierre philosophale; cette maladie est absolument incurable, a dit maître Jean. » Telle est la citation par laquelle M. Deval débute dans son livre. Pour nous débarrasser de suite de l'obligation d'une critique qui nous est pénible, une remarque sur ce point. Oui, il est bien vrai que maître Jean portait ce pronostic absolu sur l'amaurose; il est bien vrai encore qu'un certain nombre de médecins, spécialistes ou non, ont souscrit à ce jugement, et y ont subordonné leur conduite vis-à-vis des pauvres amaurotiques; mais il semblerait, à suivre le court exposé historique que fait M. Deval sur l'état de la question, que ces médecins au pessimisme excessif aient été et soient encore aujourd'hui beaucoup plus nombreux qu'ils ne le sont effectivement, et ceci n'est plus tout à fait aussi exact. A la tête des médecins qui connaissaient la sentence absolue de maître Jean, mais qui, loin d'y souscrire, s'élevèrent hautement contre elle, nous placerons l'illustre Scarpa. Comme M. Deval lui-même, Scarpa fait des amauroses deux groupes distincts, les amauroses complétement au-dessus des ressources de l'art, les amauroses curables. J'ai comparé ces groupes dans l'ophthalmologiste moderne et dans l'ophthalmologiste ancien, et je n'ai pas trouvé de très-grandes différences : il en est quelques-unes cependant, et je les signalerai. Voilà pour Scarpa : plus près de nous encore, parmi nos contemporains mêmes, si je ne me trompe, on compterait bien facilement les médecins qui marchent, vis-à-vis de la goutte sereine, sous la bannière de maître Jean : les maîtres en cette matière, MM. Sichel, Velpeau, Desmarre, etc., traitent et guérissent cette maladie tous les jours. Nous ne pouvons donc voir dans cette façon d'exposer, ou plutôt de faire pressentir les choses, qu'une figure de rhétorique un peu risquée, une précaution oratoire dont M. Deval n'avait nullement besoin pour faire goûter son livre, qui, ainsi que nous allons le voir, contient d'excellents enseignements.

Après avoir rapporté quelques observations dans lesquelles il est arrivé à un succès dont d'autres avant lui avaient sans doute trop tôt désespéré, l'auteur traite d'un sujet non suffisamment étudié, de la

kopiopie (mot que j'aimerais à voir remplacé par un mot plus simple, mais il est convenu qu'en ophthalmologie il faut nécessairement parler grec) : la kopiopie veut dire, en français, fatigue oculaire. C'est là une disposition morbide très-fréquente, à un certain âge de la vie surtout, qui embarrasse souvent les médecins quand ils sont consultés à cet égard, et sur laquelle M. Deval nous paraît avoir jeté quelque lumière. Nous n'avons pas toujours bien saisi la différence que l'auteur affirme toujours exister entre la kopiopie et l'amblyopie, ou l'amaurose commençante; mais, abstraction faite de cette difficulté, il restera de son travail quelques vues pratiques importantes, qui guideront utilement le praticien. C'est ainsi qu'il résulte des observations de l'auteur que la fatigue oculaire est surtout particulière aux presbytes, et que l'usage des verres convexes, teintés de bleu ou non, leur est extrêmement utile; c'est ainsi encore que la présence d'un corps étranger dans l'œil, l'existence d'une blépharite, etc., peuvent être et sont souvent l'occasion de cette maladie, si grave par ses conséquences possibles, etc.

Après avoir ainsi abordé le sujet sur lequel roule son livre, M. Deval traite longuement des symptômes de la maladie, dont il fait surtout trois espèces essentiellement différentes, l'amaurose sthénique, l'amaurose asthénique et l'amaurose nerveuse. Ces distinctions sont les distinctions fondamentales de sa doctrine; mais quand il vient à considérer la maladie au point de vue étiologique, cette trilogie (voilà que, moi aussi, je me prends à parler grec) s'élargit singulièrement. Là viennent se ranger les variétés d'amaurose qui se lient à l'omission d'une saignée habituelle, à la suppression d'une hémorrhagie, de la menstruation, des hémorrhoïdes, du lait, des lochies, de la sueur, etc., puis les amauroses chlorotique, vermineuse, rhumatismale, syphilitique, hystérique, épileptique et ligneuse, pellagreuse, saturnine, alcoolique, traumatique, etc.

J'ai dit plus haut que, bien que la classification des amauroses curables, telle que l'a faite Scarpa, ne différât pas beaucoup de la classification de M. Deval, il y avait cependant quelque différence non sans importance. C'est ici le lieu de signaler ces différences; les plus essentielles sont les suivantes : l'amaurose hystérique, celle qu'on a signalée dans ces derniers temps dans certains cas d'albuminurie, l'amaurose chlorotique, enfin celle qui succède quelquefois à l'usage immodéré du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou de la cachexie palustre.

Quoique la considération de la cause sous l'influence de laquelle on voit l'amaurose se développer dans ces diverses circonstances nous éclaire peu sur la nature intime du mal, cette considération a une

haute importance, car elle nous met sur la voie du traitement le plus propre à la combattre. Chez les femmes, il est une foule d'accidents qui se lient à la cachexie spéciale que nous appelons chlorose ; le médecin ne doit jamais perdre de vue cette vérité, et ne doit jamais désespérer de triompher des accidents les plus éloignés de l'état physiologique, où intervient le système nerveux, quand il n'a pas essayé d'une manière méthodique et suffisamment persévérante l'usage des préparations martiales. Il en est ainsi de l'amaurose : j'aurais désiré que M. Deval eût mis un peu plus en relief cette vue.

De la part d'un homme aussi versé que M. le docteur Deval dans l'étude des maladies oculaires, on pourrait s'attendre à ce que le traitement de l'amaurose serait compendieusement exposé; aussi pouvons-nous dire que l'auteur a parfaitement répondu à cette attente. Il commence d'abord par exposer le traitement par lequel il faut combattre la maladie, suivant sa nature sthénique, asthénique ou simplement nerveuse. Mais après avoir largement exposé les bases de cette simple médication, il entre plus avant dans le détail des faits, demande aux circonstances au milieu desquelles l'amaurose s'est développée, des indications particulières, et enseigne à remplir celles-ci par les mille et une ressources que lui fournit sa pratique cosmopolite. L'auteur combat avec raison l'emploi de moyens violents, tels que moxas sur la tête ou autour de l'orbite, qui ont eu plus d'une fois des résultats funestes. Il rappelle d'un autre côté un moyen simple qui, dans plusieurs mains habiles, a réussi dans les amauroses torpides, nous voulons parler des sternutatoires. Sans fanatisme pour l'électricité, M. Deval y recourt souvent dans le même cas, parce qu'il a vu de bons résultats être la suite de l'emploi de ce moyen puissant. La strychnine bien maniée est aussi quelquefois utile. Je ne veux pas finir cette trop courte notice sans indiquer un moyen qui m'était inconnu et qui paraît avoir obtenu des succès remarquables dans le traitement de l'héméralopie épidémique. On sait que cette singulière maladie siége quelquefois épidémiquement parmi les militaires, dans les villes de garnison. Or, il paraît que, dans plusieurs circonstances, un moyen bien simple en triompha rapidement. Ce moyen consiste dans l'emploi de la vapeur qui s'échappe d'une décoction de mou de veau ou de mouton, dirigée sur les yeux. Le contact de cette vapeur, paraît-il, fait disparaître la goutte sereine nocturne épidémique comme par enchantement. Le mou de veau ou de mouton est-il de rigueur ? On peut, je crois, sans se compromettre, mettre ceci en doute.

Le livre de M. Deval est semé de remarques pratiques qui vont droit à l'application, comme celle que je viens de rappeler : c'est là son cachet spécial, je puis dire, et ce cachet en vaut bien un autre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la saignée chez les enfants.—Comment la saignée occupe-t-elle une si petite place dans la pratique des maladies de l'enfance? Comment une ressource si précieuse chez l'adulte, avec laquelle la thérapeutique obtient tous les jours chez celui-ci de si grands et si incontestables succès, est-elle si négligée par les médecins? Ce que nous devons dire tout d'abord, c'est que la faute n'en est pas aux auteurs modernes qui ont écrit sur les maladies des enfants. C'était la pratique habituelle d'un médecin qui a laissé un nom justement vénéré, M. Guersant père; c'est la pratique de ceux qui ont étudié, comme M. Blache, sous les auspices d'un maître si éclairé; c'est aussi un des préceptes donnés avec le plus de force et reproduits le plus souvent dans ses leçons par M. le professeur Trousseau. Même unanimité parmi les médecins anglais : Maunson et Evanson, Kennedy, Ure, Underwood regardent les saignées chez les enfants comme une des plus précieuses ressources de la thérapeutique, particulièrement au début des affections inflammatoires aiguës. Et cependant, il est assez rare dans la pratique civile de voir employer les saignées chez les enfants; même lorsque l'indication est des plus urgentes, les praticiens s'en abstiennent, ou tout au plus ont-ils recours aux saignées locales; une saignée générale chez un enfant, surtout chez un enfant très-jeune, est presque une chose étrange, une anomalie dont le médecin ne voudrait pas assumer sur lui la responsabilité.

Comme toute chose en ce monde a une raison d'être, comme il n'y a pas d'effet sans cause, nous devons dire que les médecins qui s'abstiennent ainsi des saignées chez les enfants basent leur opinion sur différentes circonstances : la difficulté de pratiquer les émissions sanguines générales chez les jeunes sujets, la crainte de produire un épuisement trop considérable des forces; et, pour les émissions sanguines locales, la crainte de voir des hémorrhagies graves et même mortelles être la conséquence des piqûres de sangsues. De toutes ces circonstances, il n'en est heureusement aucune qui puisse soutenir, nous l'affirmons, un examen un peu sérieux. La difficulté de pratiquer les saignées chez les enfants n'est pas aussi grande qu'on veut bien le dire; nous avons fait des saignées à des enfants d'un an et de dix-huit mois, qui avaient des veines très-développées, et chez lesquels le sang coulait par un jet aussi vif, aussi continu que chez l'adulte. « Je pratique la phlébotomie même pour les enfants de trois mois, dit M. le professeur Trousseau, et j'en retire un avantage im-

mense dans la pneumonie. J'y reviens une seconde fois, si cela est nécessaire. Si l'extrême embonpoint des petits malades empêche de voir ou de sentir les veines, je fais mettre aux genoux ou aux malléoles une ou plusieurs sangsues de chaque côté, et je laisse saigner les petites plaies pendant un temps variable, suivant la force des sujets, suivant la rapidité de l'écoulement du sang. J'exclus les ventouses à cause des douleurs qu'elles déterminent. Je n'applique jamais de sangsues sur la poitrine de très-jeunes enfants, parce qu'il devient quelquefois bien difficile d'en arrêter l'écoulement. »

C'est à peu près dans les mêmes termes que s'exprime sur ce sujet M. Barrier, dans son estimable Traité des maladies de l'enfance. « Nous n'hésitons point, dit-il, à proclamer l'utilité des saignées dans la période d'accroissement de la pneumonie lobulaire, lorsqu'elle s'annonce par des symptômes généraux et locaux véritablement aigus... Plus le raptus sanguin paraît récent et violent, plus il y a indication positive pour la saignée générale : plus au contraire l'inflammation est ancienne et parfaitement fixée sur le poumon, plus les sangsues seront capables de la diminuer par leur action spoliative et dérivative à la fois. Le plus souvent, ces deux espèces de saignées peuvent être employées successivement, en commençant par la saignée générale... Si les saignées sont utiles, même chez les plus jeunes enfants, il est extrêmement important de mesurer les limites dans lesquelles il faut se tenir pour en retirer de bons résultats. C'est ici que le trop ou le trop peu offrent deux écueils presque aussi dangereux l'un que l'autre. L'âge des sujets et la nature de la maladie s'opposent à ce qu'on les porte très-loin chez les enfants. Ce que l'on doit chercher à obtenir par les émissions sanguines, c'est une diminution notable des symptômes généraux et locaux liés à la phlegmasie parenchymateuse... La quantité de sang à évacuer par les saignées générales et locales varie suivant l'âge. Ainsi, par la phlébotomie, on doit retirer à un an 30 grammes de sang, à deux ans, 60, ainsi de suite, environ autant de fois 30 grammes que l'enfant a d'années. Pour les sangsues, c'est, en général, en nombre double de celui des années qu'on les applique ; mais cette proportion doit aller en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne de la naissance. Les quantités, d'ailleurs, ne sont pas absolues, et sont modifiées suivant d'autres circonstances. »

Nous avons cru devoir rapporter ce passage presque tout entier, parce qu'en faisant la part des réserves que nécessite l'emploi des saignées générales et locales dans le traitement d'une affection où elles sont quelquefois, sinon inférieures aux vomitifs, au moins dans laquelle elles

doivent être rigoureusement combinées avec eux, nous y trouvons, il nous semble, que toutes les objections opposées à l'emploi des saignées d'une manière générale, s'écroulent devant la raison comme devant l'expérience. Pour nous résumer, nous dirons : oui, toutes les fois que par la gravité et l'intensité des phénomènes réactionnels, que par la nature de la maladie, l'indication des émissions sanguines sera évidente pour le médecin, il ne devra pas s'arrêter devant le jeune âge des malades ; il devra employer la saignée générale, si elle est possible, parce que, de cette manière, il pourra apprécier d'une manière plus rigoureuse la quantité de sang qu'il retire ; parce qu'il pourra, par conséquent, y revenir plus facilement si le besoin s'en fait sentir ; et dans le cas où la saignée générale serait impossible, ou lorsque l'indication des saignées locales est certaine, il devra faire usage de celles-ci, mais en ayant soin de se mettre à l'abri des hémorrhagies par les avertissements qu'il donnera auparavant aux personnes chargées de la surveillance des enfants. Enfin, le médecin devra ne pas revenir trop souvent aux émissions sanguines générales ou locales chez les enfants, parce que l'observation a montré que ces évacuations les plongent, plus rapidement que les adultes, dans la torpeur et dans l'affaissement. Avec cette seule restriction, la pratique doit, ce nous semble, conserver et appliquer les émissions sanguines dans le traitement des maladies de l'enfance, d'après les mêmes indications qui président à leur emploi chez l'adulte.

Double strabisme, avec blépharoptose, guéri par l'application répétée, autour de l'orbite, d'une couche de collodion cantharidal. Nous avons fait connaître, en son temps, d'après M. Hyseh, la composition du collodion cantharidal, et nous avons insisté, avec M. Strohl, de Strasbourg, sur les avantages qu'on peut en retirer pour l'application extemporanée des vésicatoires et surtout pour leur application sur des points de la peau sur lesquels il serait difficile de les maintenir avec des bandages. M. Borelli, de Turin, qui a beaucoup expérimenté le collodion cantharidal, est arrivé aux mêmes conclusions que nous sur la promptitude et la facilité avec lesquelles on obtient, par cette préparation, des vésicatoires sans bandage aucun et sur quelque point que ce soit de la surface du corps ; il a noté, en outre, que la douleur était comparativement moindre qu'avec les anciens vésicatoires, et qu'on pouvait obtenir une vésication plus profonde et un écoulement de sérosité plus prolongé, en raison directe de l'épaisseur de la couche de cet enduit, avec cet avantage vraiment remarquable que ces applications n'étaient jamais suivies d'irritation vésicale, quelle que fût l'étendue sur laquelle elles avaient eu

lieu. Le fait suivant, en même temps qu'il confirme pleinement les conclusions qui précèdent, montre quels bons effets on peut retirer dans certains cas, à titre de révulsif, de l'application répétée du collodion cantharidal au voisinage des parties malades.

Un voiturier, âgé de cinquante ans, fort et robuste, affecté depuis plusieurs années d'une éruption squammeuse chronique et héréditaire du cuir chevelu, avait commencé à éprouver, dans le courant du mois d'août 1849, des vomissements sans cause connue, si ce n'est des variations atmosphériques, et peut-être aussi pour avoir dormi pendant une année et demie sur la paille d'une écurie humide et mal close. Quinze jours après les vomissements cessèrent, mais pour être remplacés par une somnolence telle que le malade eût dormi des semaines entières et que c'était à grand'peine qu'on pouvait le réveiller pour lui faire prendre des aliments et pour le faire satisfaire à ses besoins. En même temps, il y avait un certain degré de trouble dans les idées et une grande faiblesse dans la mémoire. Tout cela dura deux mois environ ; la somnolence diminua un peu, mais il survint de fortes douleurs dans la tête et dans les dents, qui durèrent un autre mois. Enfin, vers le commencement de décembre, on s'aperçut que l'œil gauche était dévié de sa direction normale et restait tourné en dedans; le malade accusait, en outre, du tourbillonnement dans les objets qui l'entouraient. En quelques semaines, l'œil gauche sembla revenir à une direction plus normale; mais l'œil droit, à son tour, commença à se porter en dedans, de sorte qu'en peu de jours la divergence fut presque complète; en même temps la paupière supérieure correspondante, frappée de paralysie, recouvrait complétement l'œil correspondant ; enfin, l'œil gauche recommença à se porter en dedans, et la paupière supérieure correspondante fut frappée à son tour de paralysie. Ajoutons que depuis l'invasion de la maladie, la desquammation de la tête avait beaucoup diminué.

Lorsque le malade entra dans le service de M. Borelli, le 18 mars 1850, la chute de la paupière supérieure droite était complète, sans aucun mouvement volontaire possible, bien que le muscle orbiculaire eût conservé tous ses mouvements. Strabisme interne très-prononcé du même côté, avec immobilité complète de l'œil. Chute incomplète de la paupière supérieure gauche, avec strabisme convergent, mais moins prononcé que du côté opposé ; vue excellente des deux côtés, pupille médiocrement dilatée, mais peu mobile; pas de diplopie. La marche était encore assurée, mais le malade était obligé d'élever fortement la tête et de la tourner à droite, afin de distinguer les objets de l'œil gauche par la fente que laissaient entre elles les deux paupières incomplétement fermées. La face avait quelque chose d'étonné; le malade rai-

sonnait juste et parvenait à la longue à rendre, jusqu'à un certain point, un compte exact de sa maladie; mais cependant les détails lui échappaient souvent. Du reste, l'appétit était bon, les fonctions digestives en parfait état, les émissions volontaires, bien que le malade eût été plusieurs fois faire ses besoins dans un coin de la chambre, pensant être sur le siége; le goût était altéré et les fonctions intellectuelles semblaient assez affectées. Pas de fièvre, figure injectée, yeux rouges, pouls développé à 85.

M. Borelli commença le traitement par deux saignées, le tartre stibié à doses fractionnées, afin de dissiper un certain degré de congestion cérébrale, qui semblait compliquer l'affection plus profonde dont la double paralysie du nerf de la troisième paire semblait la manifestation. Cette congestion disparut, mais l'altération des facultés intellectuelles semblait plus profonde; le strabisme et la blépharoptose paraissaient au même degré. Ce fut alors qu'il se décida à appliquer le collodion cantharidal sur les régions péri-orbitaires, c'est-à-dire sur les régions frontales, surciliaires, temporales, et sur les paupières elles-mêmes. Dans l'espace de douze heures, on voyait déjà de nombreuses vésicules sur les parties couvertes de collodion, et en vingt-quatre heures toute la figure était le siége d'une rougeur érysipélateuse. Après cinq ou six jours, pendant lesquels il y eut un peu de fièvre, de la cuisson, de la douleur à la face et de l'agitation, il ne restait autre chose qu'un peu de rougeur et de desquammation au pourtour des yeux. Déjà l'œil gauche s'ouvrait plus d'à moitié et sa divergence avait beaucoup diminué; les paupières de l'œil droit commençaient aussi à pouvoir s'écarter, et le globe de l'œil à revenir vers la ligne médiane. Le collodion cantharidal fut appliqué deux fois à distances convenables sur les deux yeux et deux fois de plus sur l'œil droit; en outre, M. Borelli fit prendre au malade deux pilules d'extrait de noix vomique, à la dose de 5 centigrammes par jour, et plus tard il y joignit 0,01 de strychnine. Dès les premières doses des préparations strychniques, le malade accusa des secousses pendant la nuit; toutefois, ce fut surtout après chaque irritation érysipélateuse produite par le collodion cantharidal que l'on remarqua toujours le plus d'amélioration, c'est-à-dire un plus grand écartement des paupières et une divergence moindre des globes oculaires. Après vingt jours de ce traitement, l'œil gauche se trouvait presque ramené à son état normal : la divergence avait cessé et la paupière supérieure se relevait complétement; néanmoins les mouvements du globe n'étaient pas encore rétablis; l'œil ne pouvait pas dépasser la ligne médiane dans sa convergence. Les paupières de l'œil droit pouvaient s'écarter environ d'un centimètre, et l'œil se trou-

vait presque rendu à sa position normale, bien qu'il ne fût pas parfaitement dans la ligne médiane; seulement les mouvements en dedans étaient encore impossibles comme pour l'œil gauche; toutefois, il n'y avait pas de diplopie.

Le malade en était là, lorsque M. Borelli lui permit de retourner chez lui, tout en lui continuant ses soins; l'amélioration n'était pas aussi complète du côté des facultés intellectuelles que du côté de la vue. On continua à lui faire prendre des préparations de strychnine. Un mois après, il se promenait seul dans les rues; l'œil droit arrivait jusqu'à la ligne médiane, et le gauche pouvait la dépasser de quelques millimètres, en forçant un peu les mouvements. Le trouble des facultés intellectuelles était aussi moindre; le malade comprenait parfaitement toutes les questions, se rappelait aisément les choses passées et vaquait même à ses occupations; l'appétit était vif, et la figure exprimait encore l'hébétude, mais à un degré bien moindre que celui dans lequel il était à son entrée à l'hôpital.

Ascite de forme sthénique liée très-probablement à une maladie du foie. — Traitement antiphlogistique au début. — Emploi combiné des purgatifs répétés, de l'huile de foie de morue et des bains nitrés.— Bruit de frottement péritonéal dans la convalescence.— Guérison. Moreau (Auguste), âgé de dix-huit ans, liseur, est entré à l'hôpital Necker le 27 août dernier, dans le service de M. Aran, salle Saint-Jean, n° 33. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution, se nourrissant bien, mais faisant peut-être des excès alcooliques, avait toujours joui d'une bonne santé; il avait eu seulement, à l'âge de quatorze ans, une affection fébrile, sans aucune gravité. Une quinzaine de jours avant son entrée, il avait vu son ventre se tuméfier; mais avant cette époque, il avait éprouvé de temps en temps des douleurs vers l'hypocondre droit et aussi vers l'hypocondre gauche; ces douleurs étaient continues depuis trois jours quand il était couché, et depuis le même temps il avait été pris de faiblesse dans les reins. Le ventre avait augmenté rapidement de volume dans les derniers jours; cependant l'appétit n'avait jamais été perdu; jamais non plus il n'y avait eu de dévoiement. Cinq ou six mois auparavant, il y avait eu des palpitations de cœur, mais jamais d'œdème des extrémités. Le malade n'était pas sujet à s'enrhumer; il n'avait pas ordinairement l'haleine courte et n'avait jamais craché le sang.

Ce qui frappait surtout dans l'aspect extérieur de ce malade, c'était l'air de souffrance répandu sur ses traits, son facies cachectique et

amaigri contrastant avec l'énorme distension de la cavité abdominale. La peau était chaude, sèche, terreuse; le pouls à 84 ou 88, médiocrement développé; la langue rouge et sèche, sans enduit; les muqueuses généralement décolorées; la soif vive, l'appétit conservé; le ventre énormément distendu, mesurant 86 centimètres de circonférence au-dessous des fausses côtes, et débordant la cavité thoracique; la matité y était générale à la percussion, sauf à la région épigastrique, et la fluctuation, des plus évidentes, suivait, comme celle-ci, les situations variées que l'on faisait prendre au malade; douleurs spontanées dans le ventre dès que le malade se mettait sur son séant, principalement vers la région du foie; cet organe, qui ne paraissait pas notablement augmenté de volume, était refoulé très-haut dans le côté droit de la poitrine, d'où résultait une dyspnée assez notable. Un peu d'œdème autour des malléoles; pas d'augmentation dans la matité de la région précordiale; seulement prolongement du premier bruit du cœur à la base et souffle intermittent dans les vaisseaux du cou. Le sommet du poumon droit donnait un peu de matité à la percussion, avec retentissement de la voix; un peu de prolongement de l'expiration au sommet du poumon gauche; pas de coloration ictérique; pas d'albumine dans les urines.

Quelle était la cause de cette ascite? Le point de départ semblait en être dans le foie. En effet, indépendamment de ce que les maladies du foie en sont la cause la plus commune, il y avait, dans le siége principal des douleurs vers l'hypocondre droit, un motif de plus à fixer le siége de la maladie vers cet organe; cependant il n'y avait pas d'ictère, et les urines ne se coloraient pas en vert par l'acide nitrique, ainsi que cela a lieu dans beaucoup d'affections de l'organe hépatique. Instruit par ce qu'il avait vu dans des cas analogues, M. Aran fit garder pendant vingt-quatre heures les urines traitées par l'acide nitrique, et le lendemain elles offraient une coloration verdâtre des mieux caractérisées. La réaction avait été lente, mais elle s'était produite néanmoins; dès lors M. Aran n'hésita pas à diagnostiquer une maladie du foie, probablement encore aiguë, et à instituer un traitement en conséquence. D'un autre côté, comme l'état cachectique de cet individu semblait mettre obstacle à l'emploi trop large des évacuations sanguines et des purgatifs qui paraissaient indiqués dans ce cas particulier, M. Aran se demanda s'il n'y aurait pas lieu d'associer, de combiner l'emploi de l'huile de foie de morue avec celui des purgatifs et des antiphlogistiques, et ce fut d'après ces données quo le traitement fut institué et conduit à bonne fin, comme on va le voir.

Le 28 août, le traitement fut commencé par l'application de 12 ven-

touses scarifiées sur les hypocondres en arrière, et par l'administration d'un purgatif drastique (huile de ricin et sirop de nerprun, de chaque 60 grammes). Dès le 29, l'huile de foie de morue fut prescrite d'abord à la dose de 60, puis de 75, de 100 et de 125 grammes. A partir du 3 septembre, l'usage des drastiques fut repris et continué pendant neuf jours. (Eau-de-vie allemande de 10 à 30 grammes dans un julep, avec 60 grammes d'huile de ricin et deux gouttes d'huile de croton.) A ce moment, le malade, qui se trouvait un peu fatigué, interrompit les purgatifs pour prendre des bains nitrés (de 1 à 2 kilogrammes de nitre que l'on versait dans le bain). Le 13, les purgatifs furent repris sous la même forme et continués pendant trois jours, puis interrompus pendant deux jours pour être repris de nouveau pendant neuf jours, sauf qu'on substitua à la potion purgative, dont le malade s'était dégoûté, l'huile de croton-tiglium, à la dose de deux gouttes, en deux pilules. L'huile de foie de morue était continuée en même temps, ainsi que les bains nitrés de temps en temps. Les purgatifs furent encore donnés pendant trois jours, à partir du 27 septembre ; mais déjà l'amélioration était telle que M. Aran crut devoir s'en tenir aux bains nitrés et à l'huile de foie de morue pour achever la guérison.

Sous l'influence de ce traitement complexe, voici quels furent les changements observés : dès le 10 septembre, la circonférence de l'abdomen n'était plus que de 84 centimètres ; le 14, elle était de 81 ; le 21, de 74 ; le 23, de 77 ; le 26, de 74 centimètres, et ce jour-là, c'était à peine si l'on pouvait constater la présence du liquide, qui devint de plus en plus douteuse les jours suivants. Les douleurs, calmées par la première application des ventouses, nécessitèrent à plusieurs reprises de nouvelles applications du même moyen, principalement sur le côté droit de l'abdomen et à la base correspondante de la poitrine ; seulement, ces ventouses ne furent jamais scarifiées ; elles furent appliquées avec les modifications indiquées dans ce journal d'après M. Baradue, c'est-à-dire en les laissant assez longtemps pour les rendre vésicantes ; elles produisirent toujours le soulagement désiré. L'influence des bains nitrés fut très-remarquable sur la miction ; le malade, qui n'urinait pas plus de quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures, finit par avoir jusqu'à dix mictions les jours de bains. L'influence des purgatifs ne fut pas moins marquée, en ce qu'ils calmèrent merveilleusement les douleurs abdominales et hâtèrent la disparition de l'épanchement abdominal.

Le 4 octobre, l'état du malade était véritablement excellent ; il se levait tous les jours et descendait au jardin passer une partie de la journée ; l'appétit et les forces étaient en grande partie revenus, la

coloration était meilleure, l'épanchement abdominal entièrement résorbé, lorsque le malade attira l'attention sur un phénomène insolite; c'était un bruit de frottement, perceptible à la main, dans les mouvements respiratoires et dans l'inspiration principalement, ayant son maximum d'intensité au niveau du neuvième espace intercostal droit et latéralement, donnant la sensation de craquements successifs produits par le frottement de deux surfaces rudes l'une contre l'autre, et manifestement lié aux mouvements d'élévation et d'abaissement du foie pendant l'expiration et l'inspiration. A l'auscultation, on percevait à la fin de l'inspiration et dans toute l'expiration des craquements rudes successifs, analogues à ceux que déterminent les fausses membranes de la pleurésie; seulement, ce bruit de frottement avait son siége beaucoup plus bas que la région thoracique; c'était au niveau du foie, et par conséquent c'était le bruit de frottement péritonéal signalé d'abord par M. Desprez, comme lié à l'existence de la péritonite chronique et qui a fait plus tard l'objet de recherches de MM. Beatty, Stokes, Corrigan, Spittal, etc. Le foie, qui dépassait le rebord des fausses côtes droites, était douloureux à la percussion et un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

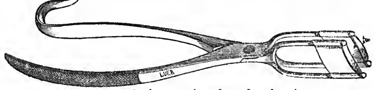
Bien que l'état général fût aussi satisfaisant que possible (langue humide, pouls à 60, pas de nausées ni de vomissements, appétit), M. Aran n'en crut pas moins devoir combattre ce reste de phlegmasie du côté de l'abdomen. Ces fausses membranes qui existaient à la surface du foie étaient-elles d'origine ancienne ou récente? Cette question était bien difficile à résoudre; mais leur présence ainsi que la douleur du côté du foie indiquaient la persistance d'un travail inflammatoire de ce côté, qu'il ne fallait pas abandonner à lui-même. Une application de six ventouses scarifiées sur le pourtour de l'hypocondre droit diminua beaucoup la douleur, et quand le malade quitta l'hôpital, une semaine après, il conservait encore le foie volumineux; mais le bruit du frottement péritonéal avait complétement disparu. Il a été revu un mois après par M. Aran; il avait repris ses occupations, et sa santé se maintenait très-bonne. Dans ce traitement, qui avait duré un mois et demi, le malade avait pris plus de vingt purgatifs, une douzaine de bains nitrés et près de 2 kilogrammes d'huile de foie de morue.

Luxation en avant de la première phalange du pouce, réduite au bout de cinq semaines. — Cette lésion est non-seulement rare, mais grave, puisque M. Nélaton, dans son Traité de pathologie chirurgicale, avoue n'en avoir trouvé que quatre cas bien authentiques consignés dans les Annales de la science, et dans lesquels la ré-

duction a été obtenue une seule fois. L'observation suivante, communiquée à la Société de chirurgie par M. Lenoir, présente donc un double intérêt, puisque, à un exemple nouveau de cette espèce de luxation, elle ajoute un procédé de plus pour la réduction de ces luxations. Voici le fait. Un jeune garçon de treize ans traversait un pont le 25 décembre dernier, en tenant dans sa main gauche un sou. Eloigné un instant de son père avec qui il était, et voulant le rejoindre, il fit un faux pas et tomba en avant. Il serrait alors cette pièce de monnaie entre la paume de sa main et la face palmaire de son pouce, dont la seconde phalange était fortement fléchie sur la première. C'est dans cette position que sa main gauche rencontra le plancher du pont; il est dès lors facile de comprendre que tout le poids de son corps porta sur la face dorsale de son pouce fléchi, et que ce poids dut être augmenté par la vitesse de la course à laquelle il se livrait alors. Ce fut seulement en se relevant qu'il s'aperçut de l'accident qui lui était arrivé, car, pendant sa chute, il n'avait entendu aucun craquement et n'avait ressenti que peu de douleur. Conduit immédiatement chez un pharmacien voisin, on lui appliqua sur la main un cataplasme de grande consoude. Quelle forme avait alors son pouce? Nous l'ignorons, dit M. Lenoir; mais voici ce que nous constatâmes le 2 février, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, époque à laquelle le petit blessé nous fut amené à l'hôpital Necker.

A la face dorsale du pouce gauche, il existe une assez forte saillie formée par la tête du premier métacarpien. Cette saillie semble plus proéminente en dehors qu'en dedans, ce qui augmente un peu le diamètre transverse de cette tête. Du côté de la face palmaire, il existe une autre saillie placée un peu au-dessus de la précédente, et formée, comme celle-ci, par la base de la première phalange de ce doigt. Quoique non fléchi, le pouce entier, par suite de ce déplacement, est sensiblement raccourci, et de plus il a subi un mouvement de rotation sur son axe, qui a amené la pulpe de sa dernière phalange directement en face du côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Il n'y a pas de mouvements possibles, ou du moins, ceux qu'on veut communiquer sont très-douloureux. Du reste, il n'existe plus de gonflement ni de traces de contusion sur ce doigt. Il était facile de reconnaître, dans ce cas, une *luxation en avant* de la première phalange du pouce. Je cherchai immédiatement, ajoute M. Lenoir, à en opérer la réduction. A cet effet, je saisis la première phalange du pouce entre les deux mors de la pince à fourche inventée par M. Lüer, pince dont vous connaissez tous les avantages, si vous avez réduit avec elle des luxations de doigts ou d'orteils. Après avoir fait

immobiliser par un aide le premier métacarpien, j'exerçai sur cette phalange des tractions directes en avant, en même temps qu'avec le



pouce de mon autre main je poussais sa base dans le même sens.

Cette tentative n'eut aucun succès. J'eus alors l'idée d'exagérer la flexion de cette même phalange sur le métacarpien, et d'amener la base du premier de ces os au niveau de la tête du second. Puis quand, à l'aide de tractions ménagées faites avec les pinces, je crus avoir mis les parties articulaires de ces os en contact, je redressai vivement la phalange, et, par un mouvement de traction continué et combiné avec un mouvement de torsion en dedans, je donnai au pouce sa longueur et sa direction normales. La réduction fut ainsi obtenue, et j'ajoute sans douleur, car l'enfant avait préalablement été rendu insensible par l'inspiration de quelques gouttes de chloroforme. Cette dernière manœuvre de réduction m'avait été suggérée par ce que m'avait appris la dissection d'une main sur laquelle j'avais produit à la hâte quelques instants auparavant une pareille luxation, et qui m'avait montré que l'obstacle le plus grand à la réduction de la première phalange venait du tendon du long fléchisseur propre du pouce, soulevé par la phalange déplacée, et par conséquent mis dans un état de tension. Or, dans la flexion du pouce sur son métacarpien, cet obstacle disparaît, de même que celui que peut produire en même temps la rigidité des muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce.

Les suites de cette réduction furent très-simples. Je maintins la phalange en place avec deux petites attelles de carton soutenues par une bandelette de diachylon, et je m'opposai ainsi à un déplacement consécutif qui était très-facile. Vous avez vu le malade huit jours après cette réduction, et il ne restait qu'un peu de gonflement au côté externe de son métacarpien.

Quatrième mois de la grossesse, signes de métro-péritonite; traitement antiphlogistique impuissant; frictions mercurielles; guérison; nulle influence sur le cours de la grossesse. — Le travail de M. Mazade, que nous insérons en tête de cette livraison, ayant principalement pour but de mettre en relief l'innocuité des frictions mercurielles employées au début de la grossesse, nous croyons devoir, à

l'appui de cette proposition, reproduire l'observation suivante, que nous tirons d'un intéressant mémoire sur la péritonite que notre correspondant a adressé récemment à l'Académie de médecine. Ce fait, quoiqu'il ne se rapporte pas à une affection syphilitique, n'en fournit pas moins un nouvaeu témoignage de l'innocuité de la médication.

Mme C..., âgée de vingt-deux ans, primipare et douée d'une bonne constitution, n'avait pas vu reparaître ses règles depuis près de quatre mois ; elle éprouvait les signes rationnels de la grossesse, lorsque, le 9 janvier 1842, elle resta, pendant quelques heures, les jambes plongées dans de l'eau froide.

Le lendemain, frisson prolongé, suivi d'une réaction générale intense ; légère hémorrhagie utérine, accompagnée de douleurs lombaires et hypogastriques et de contractions dans la région de l'utérus. (Saignée, position horizontale, boissons froides.)

Les jours suivants, nuls signes d'hémorrhagie ni de contractions utérines ; hypogastre douloureux ; tumeur arrondie au-dessus du pubis ; fièvre ; agitation. (Sangsues nombreuses sur l'hypogastre.)

Le quatrième jour, abdomen douloureux, développé ; vomissements ; pouls dur et accéléré ; céphalalgie ; chaleur sèche de la peau. (Saignée, fomentations émollientes.)

Le cinquième jour, tension abdominale plus considérable ; douleurs violentes provoquées par la moindre pression et par le plus léger mouvement ; altération profonde de la physionomie ; traits ramenés vers la ligne médiane ; propos incohérents ; respiration courte, costale ; nausées et vomissements fréquents ; pouls petit, accéléré ; refroidissement des extrémités inférieures. (Frictions mercurielles sur le ventre et les cuisses, répétées toutes les trois heures, à la dose de 12 grammes.)

Le sixième jour, dans la soirée, les traits de la face se relèvent ; abdomen moins tendu et moins douloureux ; intégrité de l'intelligence. (Même traitement.)

Le septième jour, tuméfaction des gencives ; haleine mercurielle ; l'intumescence et la sensibilité de l'abdomen avaient diminué ; l'aspect de la face, l'état du pouls et celui de la respiration étaient plus naturels ; la douleur et la résistance de l'hypogastre persistaient. (Même prescription.)

Le huitième jour, augmentation de l'engorgement des gencives ; sécrétion salivaire abondante ; ventre souple et indolent ; la région hypogastrique est aussi sensible à la pression ; tuméfaction profonde et appréciable. Dès ce jour, les frictions mercurielles furent supprimées ; elles furent remplacées par des bains, des fomentations émollientes.

Le onzième jour de l'invasion de la maladie, la convalescence s'é-

tablit. Cependant il y eut encore, pendant quelques jours, de la tuméfaction aux gencives, un ptyalisme abondant, et des ulcérations superficielles sur divers points de la membrane muqueuse de la bouche. Ces accidents cédèrent à des attouchements réitérés avec une solution de nitrate d'argent.

Quinze jours environ après sa guérison, Mme C... sentit les mouvements actifs du fœtus. L'abdomen offrait alors le développement qu'on observe vers le cinquième mois de la grossesse.

L'accouchement eut lieu à terme. L'enfant était viable; atteint d'un muguet confluent, il mourut le douzième jour de sa naissance.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE CHROMIQUE (*Sur l'*) *comme agent escarrotique.* Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, dans ce journal (tom. 39, p. 179), les résultats avantageux obtenus par M. Puche, médecin de l'hôpital du Midi, dans le traitement des plaques muqueuses et végétations syphilitiques, en les touchant avec une solution saturée de bichromate de potasse. Il était très-probable que ces effets escarrotiques étaient dus à la présence de l'acide chromique, que des recherches antérieures, et en particulier celles de Ure, avaient montré posséder des propriétés caustiques remarquables. Comme la science est loin d'être fixée sur la valeur comparative et sur le cercle d'application des divers caustiques, nous croyons devoir consacrer une mention spéciale aux expériences qui ont été faites avec ce caustique par M. Heller, expériences qui tendent à faire considérer l'acide chromique comme un escarrotique constant dans ses effets, à action profonde et graduelle. Employé en substance, l'acide chromique n'agit que d'une manière très-lente; il lui faut quelquefois plusieurs heures; mais son intensité excède celle des alcalis caustiques. En solution extrêmement concentrée (et, pour assurer cette concentration, il faut avoir soin de laisser quelques cristaux de l'acide en excès dans la solution), son action est moins pénétrante et moins graduelle; mais en même temps elle est plus continue que celle de tous les autres caustiques; d'un autre côté, plus la solution est diluée, plus ses effets sont passagers et superficiels; mais ce qui assure une place importante à cet escarrotique, c'est la facilité avec laquelle son action peut être graduée.

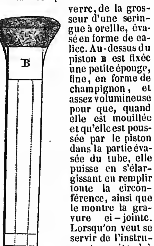
Les premières expériences faites par Heller portaient sur des tissus de nouvelle formation, et en particulier sur des condylomes larges et pointus, occupant les parties génitales et la surface interne des cuisses, d'une épaisseur variable de 2 à 8 lignes, et offrant dans leur plus grand diamètre de 1 pouce et demi à 2 pouces. Le mode d'application fut le suivant : après avoir eu la précaution de protéger les parties voisines au moyen de linges et de bandelettes de sparadrap, l'acide chromique, mélangé avec une suffisante quantité d'eau pour former une pâte, fut étendu avec une spatule sur la partie à cautériser, en donnant une ligne d'épaisseur à la couche de caustique, et en recouvrant le tout d'un linge maintenu avec des bandelettes adhésives. Dans le cas où l'on fit usage de la solution concentrée, on se servit, pour l'étendre à la surface, d'un bâton de verre, d'un pinceau d'amiante, ou même d'un pinceau en cheveux, qu'on l'avait immédiatement dans l'eau, et l'on attendit, pour recouvrir la surface d'un linge sec, que quelques instants se fussent écoulés. Dans les deux cas voici ce que l'on observa : l'acide chromique en solution communiquait sa couleur aux parties avec lesquelles il était en contact; mais, après quelques minutes, cette cou-

leur fonçait peu à peu, et passait du brun clair au brun foncé; la surface cautérisée restait humide, luisante et lustrée [pendant 15 ou 20 minutes, l'acide se desséchait peu à peu, et la couleur passait en partie au brun foncé, en partie au noir bleuâtre, en même temps que se formait une élevure sèche, laquelle s'épaississait lentement, et tombait après quarante-huit heures, soit spontanément, soit à l'aide de quelques légers frottements, sous forme d'une croûte d'une ou deux lignes d'épaisseur. Au-dessous de cette croûte, et adhérente à la surface ulcérée, se trouvait une exsudation d'un blanc grisâtre qui, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, faisait place à des bourgeons charnus de bonne nature. Après l'application de l'acide chromique en nature, la croûte était plus épaisse, adhérait plus longtemps, de cinq à six jours, et la perte de substance était beaucoup plus considérable. Quant aux symptômes inflammatoires, dans les deux cas, ils étaient insignifiants; à peine un cercle rouge de 2 ou 3 lignes avec peu ou point de gonflement. Appliqué sur des parties saines, l'acide chromique déterminait au bout de dix ou quinze minutes une sensation modérée de brûlure, qui allait augmentant pendant trois ou quatre heures, se prolongeant ensuite en diminuant pendant le même espace de temps. Sur les surfaces ulcérées, ou excoriées, cette sensation de brûlure était instantanée et durait à peu près le même temps. L'acide chromique en nature déterminait des douleurs plus vives et plus persistantes : elles étaient aussi d'autant plus violentes que c'était la peau elle-même qui était atteinte, et non des excroissances morbides : aussi, chaque nouvelle cautérisation était-elle suivie de douleurs plus vives que la précédente; toutefois, les douleurs n'étaient jamais assez fortes pour troubler le sommeil, et n'approchaient jamais de celles causées par d'autres caustiques puissants, tels que les acides sulfurique ou nitrique, les nitrates d'argent et de mercure, le sublimé corrosif, la potasse caustique, la pâte de Vienne, etc. Il suit de ces recherches que l'acide chromique solide ne doit être employé que rarement et avec de grandes précautions, à cause de son action pénétrante, et que l'on doit donner la préférence à la solution concentrée avec laquelle Heller a réussi à détruire, en six applications, des condylomes de 6 lignes de hauteur. Telle est au reste, d'après Heller, la puissance caustique de l'acide chromique, puissance qui réside dans la facilité avec laquelle cet acide abandonne son oxygène, que lorsque l'on emploie cet acide à une température un peu élevée, on peut dissoudre avec la plus grande facilité les tissus animaux, au point que des souris, que des oiseaux sont dissous par l'acide chromique, en quinze ou vingt minutes, sans qu'il reste traces même de leurs poils, de leurs plumes, de leurs os et de leurs dents. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 8, 1851.)

ACCOUCHEMENTS. *Nouveau procédé pour porter l'extrait de belladone sur le col utérin.* Il est de ces moyens que les exigences de la pratique suggèrent et que l'on ne songe pas à publier, persuadé qu'en raison de leur simplicité ils ont dû venir à l'esprit de tous; c'est alors seulement que l'on voit se produire des procédés beaucoup plus compliqués et moins efficaces, et que l'on pense aux services que l'on peut rendre en signalant leur valeur. Rien de mieux constaté que l'insuffisance du doigt pour porter l'extrait de belladone sur le col utérin. Bien avant d'être arrivée à cet organe, l'extrémité du doigt est dépouillée par les parois du vagin de l'agent médicamenteux. Pour obvier à cet inconvénient, M. Dalmas, de Romans, a proposé, dans ces derniers temps, d'injecter dans le vagin une dissolution d'extrait de belladone : la femme étant couchée sur le dos, le bassin un peu élevé, le col de l'utérus se trouve alors baigné par la solution; puis, lorsque le contact est jugé suffisant pour amener la dilatation de l'organe, ce médecin fait tenir la femme un instant debout pour faire écouler le liquide injecté. Ce moyen lui a parfaitement réussi dans les deux seuls cas où il a eu l'occasion de l'employer.

M. Thirion, de Namur, a toujours vu le délire, à des degrés différents, être provoqué par ces injections. Aussi, pour parer à cet inconvénient, qui alarme toujours les familles, ce médecin a été conduit à chercher un moyen mécanique qui lui permît de porter l'extrait de belladone seule-

ment sur le col utérin. Son instrument est composé d'un tube en verre, de la grosseur d'une seringue à oreille, évasé en forme de calice. Au-dessus du piston B est fixée une petite éponge, fine, en forme de champignon, et assez volumineuse pour que, quand elle est mouillée et qu'elle est poussée par le piston dans la partie évasée du tube, elle puisse en s'élargissant en remplir toute la circonférence, ainsi que le montre la gravure ci-jointe. Lorsqu'on veut se servir de l'instrument, on étend à la surface de l'éponge une légère couche d'extrait de belladone, ensuite on fait rentrer l'éponge dans une partie du tube en tirant le piston A. L'instrument est alors introduit par sa partie évasée, laquelle, dirigée par l'indicateur de la main gauche, doit aller embrasser le col utérin. Dès qu'il est ainsi fixé et maintenu, on pousse le piston, et l'éponge, en se développant dans la partie évasée du tube, embrasse le col et le met en contact avec l'extrait de belladone. Afin d'activer l'action du médicament on fait exécuter au piston des mouvements de rotation. Après quatre ou cinq minutes de cette manœuvre, on retire l'instrument, après avoir fait rentrer l'éponge dans l'intérieur du tube. Ce procédé, en venant circonscrire l'action de la belladone sur le col, met la femme complétement à l'abri des accidents cérébraux. De plus, dit en terminant M. Thirion, ce n'est pas une de ces inventions possibles seulement sur le papier, et qui viennent échouer à leur application. (*Journ. de la Soc. de méd. de Bruxelles*, mars 1852.)



ACCOUCHEMENTS (*De la valeur du galvanisme dans la pratique des*). C'est une question encore fort controversée que celle relative à la valeur réelle du galvanisme dans la pratique des accouchements. A peine étudiée en France, cette question l'a été beaucoup, au contraire, en Angleterre; mais, malgré les travaux publiés par MM. Dorrington, Clarke, Cleveland, Demsey, Radfort et Simpson, il est bien difficile de se faire une bonne idée de l'action du galvanisme, en présence des résultats contradictoires que cet agent a donnés entre les mains de ces différents observateurs. Un accoucheur irlandais, M. Houghton, a cru devoir reprendre la question, et, dans un travail qu'il vient de publier, non-seulement il présente le résumé des faits qui ont été produits pour ou contre la galvanisation appliquée à la pratique obstétricale, mais encore il a fait connaître quatre observations empruntées à sa pratique particulière et favorables, suivant lui, à l'action du galvanisme. Avant de présenter un court résumé de ces quatre observations, voyons d'une manière générale quels ont été, d'après M. Houghton, les résultats du galvanisme dans les faits qu'il a pu réunir au nombre de 32. Suivant ce médecin, le galvanisme aurait eu une action non douteuse sur les contractions utérines dans 24 cas; à savoir dans 8 cas pour arrêter des hémorrhagies survenues avant l'expulsion de l'œuf; dans 6 cas pour suspendre des hémorrhagies post-puerpérales; dans 8 cas pour réveiller les contractions utérines suspendues par inertie; et dans 2 cas, on aurait pu développer ainsi les douleurs d'un accouchement prématuré. Au premier abord, les résultats semblent des plus favorables, puisque dans 24 cas sur 32, c'est-à-dire dans les trois quarts des cas, on a réussi à déterminer, à l'aide du galvanisme, les contractions utérines; mais les choses changent de face, si l'on prend connaissance des faits négatifs, au nombre de 8, publiés il y a quelques années par M. Simpson. En effet, cet accoucheur distingué dit que dans 5 cas le galvanisme n'augmenta ni la fréquence ni la durée moyenne des douleurs; que dans un sixième les douleurs cessèrent pendant l'application du galvanisme pour reparaître après son interruption; que dans un septième elles cessèrent de même et ne se reproduisirent plus de vingt-quatre heures; et que dans

un cas seulement les douleurs parurent se reproduire à intervalles plus rapprochés, mais plus courtes dans leur durée pendant la galvanisation; d'où M. Simpson conclut que les courants galvaniques n'ont nullement la puissance soit d'augmenter les douleurs, soit de les continuer ou de les maintenir lorsqu'elles sont sur le point de disparaître. Ajoutons que M. Simpson n'a jamais constaté pendant l'action galvanique, entre les contractions utérines cloniques ou douleurs, aucune trace de contraction tonique anormale de l'utérus, se manifestant par un degré quelconque de dureté dans le globe utérin, ou par la pression de la poche des eaux ou de la tête du fœtus contre le col utérin.

Voyons maintenant les faits de M. Houghton lui-même : le premier est relatif à une dame de vingt-huit ans, parvenue au terme de sa huitième grossesse, chez laquelle, à partir de la rupture des membranes, pratiquée par ce médecin, les douleurs diminuèrent de force et de fréquence et chez laquelle le travail était suspendu depuis quatre heures, lorsque la galvanisation fut pratiquée au moyen d'un des excitateurs d'une machine électro-magnétique, introduit dans le vagin, et de l'autre excitateur placé sur la paroi abdominale. Au moment où l'appareil fut mis en mouvement, la malade dit qu'on lui enfonçait des aiguilles dans le corps. Après trois ou quatre minutes, les douleurs commencèrent d'abord très-faibles, puis de plus en plus fortes, et en vingt minutes l'accouchement était terminé. Dans le second cas, relatif à cette même dame qui accouchait de son neuvième enfant, les douleurs, suspendues depuis deux heures, furent réveillées de la même manière, l'un des excitateurs étant placé à l'entrée du vagin, l'autre sur la paroi abdominale. Dans le troisième cas, violente hémorrhagie après la naissance de l'enfant, qui continuait après l'extraction du placenta; l'utérus ne se contractait pas malgré des frictions, des lotions froides sur l'abdomen; la galvanisation détermina immédiatement des contractions solides et permanentes et une suppression complète de l'hémorrhagie. Le quatrième cas diffère des précédents en ce que l'auteur avait appliqué, dans un cas d'inertie utérine, l'un des pôles sur le sacrum, l'autre sur l'abdomen; les contractions, suspendues depuis quatre heures, se réveillèrent faibles, et ne devinrent fortes qu'à partir de l'introduction d'un des conducteurs dans le vagin.

Y a-t-il dans les faits qui précèdent les éléments de la solution de la question qui nous occupe? Telle n'est pas notre opinion. Quand il s'agit de phénomènes dont la reproduction est aussi irrégulière que celle des contractions utérines, il faut évidemment se défier d'établir une relation directe de cause à effet entre des phénomènes dont l'enchaînement peut être dû à des conditions tout autres et tout à fait étrangères. Y a-t-il donc quelque chose de fort extraordinaire dans cette suppression momentanée des douleurs et dans leur réveil à la suite de l'application du galvanisme? N'est-il pas d'observation que les douleurs utérines, après s'être suspendues pendant quelques heures, se réveillent souvent d'elles-mêmes? Ce qu'il fallait faire, à l'exemple de M. Simpson, c'était d'étudier l'influence du galvanisme sur les contractions utérines en pleine activité comme après une suspension prolongée; alors on eût pu voir si cet agent donnait à ces contractions une force et une activité plus grandes, mais surtout s'il pouvait les réveiller lorsqu'elles étaient assoupies depuis longtemps. Il y a plus, c'est que le procédé mis en usage dans tous ces cas, pour mettre en action la contractilité utérine, nous paraît complétement manquer son but. Il résulte, en effet, des recherches de M. Duchenne (de Boulogne), que l'utérus, la vessie et le rectum sont très-peu sensibles à l'excitation galvanique, même lorsqu'elle est pratiquée au moyen d'un excitateur double porté sur les côtés de l'utérus et avec les appareils les plus puissants. Or, dans toutes les expériences qui ont été faites en Angleterre, un des excitateurs a été placé sur les parois de l'abdomen, tandis que l'autre était introduit dans le vagin, maintenu ou non au voisinage du col de l'utérus; des courants faibles ont été le plus souvent employés. On peut donc se demander si c'est bien toujours sur l'utérus que l'action galvanique a été portée, si ce n'est pas aussi vers les plexus sacré et hypogastrique, au moins dans bien des cas. Mais il y avait dans tous ces cas une cause

d'erreur qui aurait dû frapper les expérimentateurs qui ont soulevé cette question, c'est que, en plaçant un des excitateurs sur les parois de l'abdomen, dont la sensibilité est très-grande, on devait nécessairement développer de la douleur, et que cette douleur pouvait, par une action réflexe, réveiller les contractions utérines. Nous conclurons donc que dans l'état actuel des choses, en présence des expériences mal instituées que nous possédons, il est impossible de se prononcer d'une manière ou d'une autre, relativement à l'application de la galvanisation à la pratique obstétricale. Nous n'en croyons pas moins utile de signaler aux médecins cette question comme un point de recherches des plus intéressants. (*Dublin quaterly Journ. of. med.*, février.)

CATHETERISME *chez la femme* (*Procédé très-simple pour pratiquer le*). Lorsque l'algalie a pénétré dans le méat urinaire, rien de plus facile que de la faire arriver jusque dans la vessie; la direction presque droite de l'urètre, sa petite étendue, rendent ce temps de l'opération toujours facile. Comme la pudeur, chez certaines femmes, exige qu'on pratique le cathétérisme sans les découvrir, les procédés devaient donc se borner à indiquer le moyen le plus facile pour porter le bec de l'algalie dans le méat. Les seuls qui se trouvent signalés dans les traités classiques sont ceux que M. le professeur Velpeau a décrits dans sa Médecine opératoire, et qui consistent, on le sait, à porter le bec de la sonde sur l'ongle de l'indicateur, et à le faire glisser doucement, en suivant la ligne médiane de haut en bas, sur le vestibule, ou mieux à ramener la sonde de bas en haut, son extrémité étant appuyée sur la pulpe du médius droit, pendant que l'annulaire de la même main sert de moyen explorateur. Ce doigt, ajoute M. Velpeau, distingue la fourchette, l'entrée du vagin, sa colonne antérieure, dont la terminaison renflée se trouve au-dessous du méat urinaire; on tâtonne un peu, et on entre presque toujours avec facilité dans le canal. Selon M. le docteur Fisson, non-seulement on tâtonne beaucoup, mais le plus souvent on n'arrive pas, à moins de découvrir la femme. L'insuffisance des préceptes donnés dans les livres a conduit ce médecin à chercher et à formuler une méthode meilleure, qu'il décrit de la manière suivante: « Je place, dans l'entrée même du vagin, le doigt indicateur de la main gauche, la face palmaire tournée en avant. Là, sa position est bien assurée, et un mouvement de la femme ne peut le déranger, et il devient un conducteur fidèle, sur lequel je glisse la sonde tenue de la main droite, comme une plume à écrire. L'instrument toujours guidé, toujours senti par lui, ne peut faire fausse route; il ne peut glisser dans le vagin, et rencontre presque immédiatement, sans tâtonnements, le méat urinaire. » M. Fisson dit, en terminant, que la pratique qu'il signale est facile chez les femmes jeunes comme chez celles qui sont avancées en âge; mais qu'il faut se rappeler que, chez les premières, le méat urinaire est situé un peu plus haut, et que chez les autres, comme chez les femmes dans un état de grossesse avancée, il est plus rapproché du vagin. Ajoutons que chez ces dernières, on est quelquefois obligé d'aller chercher le méat, qui se trouve caché derrière la symphyse pubienne. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Sarthe*, 1852.)

CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX. *Nouvelles observations sur la possibilité de leur enlever leur propriété toxique et de les rendre combustibles.* En rendant compte récemment des expériences aussi hardies que curieuses, de M. Girard, sur le moyen d'enlever aux champignons vénéneux leur propriété toxique, nous exprimions nos défiances à l'égard des abus et des dangers que pourraient avoir des tentatives de ce genre, si elles venaient surtout à se répandre et à se généraliser. Nous aurions pu ajouter aussi quelques réserves sur les conséquences à déduire de ces mêmes expériences et sur leur validité réelle. Voici quelques faits nouveaux qui tendent, sinon à jeter précisément du jour sur la question, du moins à rendre circonspect sur la valeur des résultats constatés dans ces divers essais. Il résulterait en effet des recherches auxquelles un médecin et un botaniste de Bordeaux, MM. Desmartis et Corne, se sont livrés à cette occasion, que les climats, les saisons, les terrains ont une très-grande influence sur les propriétés des champignons de la

même espèce, ce qui peut contribuer singulièrement à donner le change sur la valeur des expériences, suivant qu'elles sont faites dans telle ou telle autre localité. Ainsi, par exemple, l'*agaricus ruber*, ou *amanita rubra* de Lam., qui est mentionné par tous les auteurs comme un poison violent, est assez généralement mangé par les habitants des campagnes de Bordeaux. La fausse oronge, réputée si terrible, a été mangée sans aucune préparation préalable, et après l'avoir simplement fait griller sur des charbons, par des paysans de Saint-Hilaire (environs de Bordeaux), et par MM. Desmartis et Corne eux-mêmes, sans qu'ils en aient éprouvé le moindre accident fâcheux ; de sorte que ce champignon, reconnu par les médecins naturalistes comme un poison subtil dans certaines contrées, serait un mets inoffensif et même exquis, au dire de ces expérimentateurs, dans la localité où ils l'ont recueilli.

D'un autre côté, ces mêmes expérimentateurs se sont assurés, soit par des expériences sur les animaux, soit d'après les nombreux empoisonnements qui ont eu lieu dans la contrée qu'ils habitent, que l'agaric bulbeux (*amanita citrina* de Person, oronge-ciguë jaunâtre de Paulet), n'abandonne son principe délétère par aucun des moyens conseillés. Ainsi, ils ont mis l'*agaricus laccatus* de Schaaf, à macérer pendant dix heures dans du vinaigre avant de le faire cuire; mais cela n'a nullement empêché des animaux de mourir après en avoir mangé. Aussi ne trouvent-ils aucune garantie dans le procédé, et pensent-ils qu'il serait très-imprudent de poser comme un fait certain que les lotions réitérées, l'ébullition dans l'eau, le rissolage, l'action de macérer dans le vinaigre, sont des moyens qui offrent des garanties suffisantes contre l'action du poison de ces cryptogames.

Les faits énoncés par MM. Desmartis et Corne sont, comme on le voit, de nature à rendre très-circonspect sur l'usage des moyens réputés susceptibles de détruire l'action toxique des champignons, et sur la valeur même de ces moyens. (*Revue thérap. du Midi*, février 1852.)

COSMETIQUES (*Formules de*) *au nitrate d'argent*. Ce sel constitue, on le sait, la base de ces teintures plus ou moins célèbres, vantées pour noircir les cheveux; l'eau Egyptienne, etc. Toutes ces préparations ne sont pas sans inconvénients, et les médecins sont quelquefois appelés à parer à de petits accidents produits par leur emploi. Voici, d'après M. Cazenave, qui, dans son Traité des maladies du cuir chevelu, n'a pas craint de jeter un coup d'œil sur les soins de la chevelure, trois des formules les plus simples :

Pr. Nitrate d'argent........ 4 gramm.
Eau distillée.......... 30 gramm.
Sucre vert.... Q. S. pour colorer.

On applique à l'aide d'un petit peigne fin trempé dans le liquide, en évitant avec soin de toucher la peau.

Pr. Nitrate d'argent........ 8 gramm.
Crème de tartre....... 8 gramm.
Ammoniaque faible.... 15 gramm.
Axonge.............. 15 gramm.

Mêlez. On introduit cette pommade dans les cheveux à l'aide d'un peigne ou de la brosse.

Pr. Nitrate d'argent...... 15 gramm.
Protonitrate de mercure............... 15 gramm.
Eau distillée......... 125 gramm.

Faites dissoudre, filtrez, lavez avec q. s d'eau distillée pour obtenir 165 grammes de soluté.

On fait une pâte claire avec ce soluté et quantité suffisante de poudre d'amidon. On enduit les cheveux, on recouvre la tête de taffetas gommé; le lendemain on lave et on applique un corps gras quelconque. (*Ann. des maladies de la peau*, février 1852.)

ÉCLAMPSIE *des nouveau-nés* (*Effets remarquables des inhalations prolongées de chloroforme dans les cas d'*). On ferait aisément un volume de tous les moyens employés dans le traitement des convulsions de l'enfance. Antiphlogistiques, révulsifs de tous genres, antispasmodiques et narcotiques, tout a été employé, tout compte des succès et des revers. Rien de plus facile, d'ailleurs, à comprendre, quand on songe aux causes variées sous l'influence desquelles les convulsions peuvent se développer chez les enfants. Ce dont on pouvait s'étonner, c'est que, en présence des analogies si frappantes qui paraissent exister entre l'éclampsie des nouveau-nés et l'éclampsie des femmes en cou-

ches, lorsque les inhalations de chloroforme ont été employées avec tant de succès pour soulager et pour guérir l'éclampsie de cette dernière espèce, il y avait lieu de s'étonner, disons-nous, que personne n'eût songé à faire usage chez les enfants de ces inhalations si avantageuses dans des cas analogues chez l'adulte, surtout lorsque, ainsi que cela arrive trop souvent, on a essayé sans succès cette multitude de moyens que nous signalions en commençant. Nous sommes heureux de le reconnaître : c'est au médecin illustre auquel la science est redevable de l'introduction du chloroforme dans la pratique générale, et en particulier dans celle des accouchements, à M. le professeur Simpson (d'Edimbourg), qu'appartient l'idée de cette nouvelle application des inhalations anesthésiques. Mais, avant de rapporter ce fait, nous croyons utile de faire nos réserves contre une application prématurée d'un pareil moyen. Il y a évidemment dans l'éclampsie des enfants, comme dans celle des femmes en couche, un élément congestif, un raptus sanguin vers les centres nerveux, qu'il faut combattre préalablement, et ce n'est que dans les cas où ce raptus sanguin aura été combattu convenablement, ou bien lorsque ce raptus sera peu considérable, que nous pensons que les inhalations chloroformiques pourront être employées avec quelque chance de succès : employer de prime abord ces inhalations, ce serait, suivant nous, s'exposer à augmenter les accidents, au lieu de les calmer. Nous ajouterons que, une fois l'emploi de ces inhalations décidé, le médecin devra en suivre attentivement les effets, et s'il reconnaît une modification heureuse, il ne devra pas hésiter à en prolonger la durée pendant assez longtemps, et à en reprendre l'emploi dès que les phénomènes convulsifs paraissent sur le point de se reproduire. C'est en suivant cette conduite, à la fois rationnelle et hardie, que M. Simpson est parvenu à sauver le jeune enfant dont voici l'histoire.

Appelé, le 20 octobre dernier, auprès d'un enfant âgé de treize jours seulement, en proie à des convulsions les plus violentes, se répétant à des intervalles très-rapprochés, M. Simpson apprit que ces convulsions avaient commencé trois jours auparavant par quelques rares sautillements dans les muscles de la face; les jours suivants, ces mouvements convulsifs s'étaient répétés avec une plus grande fréquence, et, pendant leur durée, on avait remarqué de la flexion des mains, et, en particulier, une contraction des pouces, fléchis vers la paume de la main. Pendant quatorze jours, M. Simpson épuisa en vain, contre ces convulsions, tous les moyens généralement recommandés dans leur traitement : mercuriaux, magnésie, applications froides sur la tête, sangsues derrière les oreilles, liniments stimulants de diverse nature, muse, opium à petites doses, lavements térébenthinés, changement de lieu; enfin, on alla jusqu'à donner à l'enfant une nouvelle nourrice. Rien n'y fit : les convulsions continuaient, augmentant d'intensité et de fréquence, et concentrant particulièrement leur action sur le côté droit du corps. Le quinzième et le seizième jour, les accès étaient devenus encore plus violents et plus alarmants : ils s'accompagnaient de grognements et de cris aigus, douloureux à entendre; et vers la fin de chaque accès, la respiration présentait une gêne extrême; dans les intervalles, la respiration, comme le pouls, étaient très-précipités. Cependant l'enfant paraissait s'affaiblir, et les accès se répétaient tellement (il y en eut jusqu'à dix-sept en une heure), que M. Simpson songea aux inhalations de chloroforme, plutôt dans l'intention de faire cesser les phénomènes douloureux dont la vue affligeait les personnes présentes, que dans un espoir réel de changement et de guérison. Bref, dans l'après-midi du dix-neuvième jour, M. Simpson endormit le petit malade avec le chloroforme et le laissa pendant une heure sous l'influence de cet agent. Pendant cet intervalle, il n'y eut pas d'accès; mais très-peu de temps après qu'on eut cessé l'emploi des inhalations, les convulsions reparurent avec leur violence et leur fréquence premières. Toutefois, comme le premier résultat avait été assez satisfaisant, on crut devoir continuer les inhalations, et un aide, placé pendant quatre heures auprès du petit malade, lui fit respirer, de temps en temps, une quantité de cet agent, que l'on versait sur un mouchoir et

que l'on approchait de la bouche, dès que les accès semblaient vouloir se reproduire. Pendant ces quatre heures, l'enfant n'eut pas de convulsions, et lorsqu'il se réveilla, il put prendre le sein, et resta plus d'une heure sans présenter aucun phénomène convulsif. Quatre heures après, les inhalations furent reprises, et continuées pendant vingt-quatre heures, avec quelques intervalles seulement pour faire reprendre le sein à l'enfant. A ce moment, on interrompit les inhalations, et l'enfant ayant pris le sein, s'endormit profondément; il ne survint plus de convulsions, et tous les phénomènes s'étant calmés, l'enfant put être considéré comme guéri. Il est encore aujourd'hui très-bien portant. Dans cette longue chloroformisation, on avait dépensé 10 onces de cet agent anesthésique; mais une grande partie de ce liquide avait été perdue par l'évaporation, par suite du mode d'inhalation employé. (*Monthly journal*, janvier 1852.)

GOUTTE CHRONIQUE (*Quelques formules employées en Allemagne contre la*), *et, en particulier, de l'emploi de la sabine intus et extrà dans les cas de contractures des membres et de paralysie.* Nous donnons sans les garantir, et sous la seule autorité de leurs auteurs, quelques formules empruntées à un recueil allemand, et que les praticiens nous paraîtraient d'autant plus justifiés à essayer, dans l'occasion, que notre thérapeutique est généralement très-pauvre contre les accidents dont il s'agit.

Le docteur Rave recommande la sabine à l'intérieur et à l'extérieur dans les cas où la goutte chronique a produit des contractures des membres ou des paralysies. La sabine est alors employée à l'extérieur sous forme de bains locaux, que l'on prépare avec une infusion de cette plante, ou bien l'on fait subir des frictions avec l'essence de sabine sur les parties malades. A l'intérieur, l'auteur recommande de triturer ensemble une demi-once de sucre et autant de feuilles fraîches de sabine, de manière à mêler exactement; le tout est divisé en douze parties. On administre toutes les heures une dose. Il serait prudent, croyons-nous, de diminuer la proportion de la sabine, qui nous paraît un peu élevée.

Les docteurs Pfeuffer et Endlicher ont constaté de bons résultats de l'administration du calamus aromaticus dans les cas où la goutte atonique se complique d'un œdème des parties affectées. — L'usage longtemps continué de l'infusion aqueuse suivante est, d'après eux, très-efficace :

PR. Racines de calamus aromaticus	3 onces.
Herbes de sabine	2 onces.

Cette dose doit servir pour cinq jours.

Fischer dit avoir employé avec un grand succès le bicarbonate de soude, à dose croissante, à l'intérieur et à l'extérieur; il ajoutait quelquefois aux bains le calamus aromaticus.

Le docteur Goeden recommande le liniment suivant dans la goutte invétérée :

PR. Phosphore	2 scrupules.
Huile de sabine et huile de térébenthine, de chaque	1 demi-once.
Ammoniaque liquid.	2 onces.

Le malade doit se faire une friction avec ce liniment au sortir du bain.

Hufeland, dans les cas de goutte compliquée de contractures et de nodosités articulaires, a recours aux bains de fourmis. Il tâche de se procurer ces insectes aux mois de juin et juillet; il préfère celles de la grande espèce, et que l'on trouve dans les bois. Pour préparer le bain, on verse sur les fourmis de l'eau bouillante, et le malade tient la partie affectée dans la vapeur qui provient de cette infusion. On a soin de recommander au malade d'isoler la partie atteinte au moyen de couvertures de laine, afin de ne pas perdre les effets de l'évaporation.

Koppe recommande à l'extérieur la composition suivante :

PR. Baume de copahu, baume du Pérou, de chaque	2 1/2 onces.
Huile de sabine	1 drachme.

Cette composition, au moyen de charpie, est appliquée sur la partie malade. (*Medicinisch.-chir.-Wort.*, et *Gaz. des hôpit.*, février 1852.)

HERNIE OMBILICALE (*Cure radicale de la*) *au moyen de la ligature.* Créer des moyens opératoires nouveaux, c'est souvent plus ajouter à sa gloire qu'aux progrès de la chirurgie; en ressusciter d'anciens,

c'est, au contraire, faire peu pour soi et beaucoup pour l'art. Telle est l'épigraphe placée par Bichat en tête du Mémoire sur les hernies ombilicales, publié par lui dans les OEuvres posthumes de son illustre maître Desault, et dans lequel il cherchait à réhabiliter la méthode de la ligature, déjà recommandée et mise en usage par tant d'autorités chirurgicales des temps passés, Celse, Paul d'Egine, Avicenne, Albucasis, Gui de Chauliac, Heister, Saviart, Hévin, etc. Malgré ces puissantes autorités, la méthode de la ligature n'a jamais pu se naturaliser dans la pratique : elle a été rejetée par Pott, Sabatier, Scarpa, A. Cooper, parce que, suivant ces praticiens, la ligature, très-douloureuse, peut occasionner des convulsions, enflammer le sac et le péritoine, et ne saurait guérir les malades sans l'aide de la compression. Ce n'est pas ainsi, au reste, que cette méthode avait été jugée par Desault et par Dupuytren : ces deux chirurgiens, qui l'avaient mise souvent en pratique, n'avaient pas vu survenir les accidents redoutés par ses détracteurs et en avaient obtenu de très-bons résultats. Il ne faut pas s'y tromper, en effet : la simple compression, telle qu'elle est pratiquée et recommandée par la plupart des chirurgiens, donne bien peu de chances de guérison radicale, excepté, peut-être, chez les nouveau-nés et les jeunes enfants; d'un autre côté, quand on songe, ainsi que l'a fait remarquer M. Borelli, que la hernie ombilicale, même chez de très-jeunes enfants, peut donner lieu à des troubles graves et persistants que l'on pourrait attribuer facilement à toute autre cause; que, même maintenue par un bandage convenable, elle guérit rarement, et que, par conséquent, elle laisse le malade sous le coup d'un danger continuel ; que le bandage de la hernie ombilicale est d'ailleurs difficile à porter, circonstance qui contribue probablement à le rendre souvent inutile; que, chez l'adulte, la hernie ombilicale est très-dangereuse, et par là même très-difficile à contenir ; que cette hernie constitue une grave complication de la grossesse, de l'accouchement et de plusieurs maladies viscérales de l'abdomen ; que cette hernie, enfin, lorsqu'elle s'étrangle, entraîne le plus souvent la mort, si l'on est obligé de recourir à une opération sanglante et d'ouvrir le sac : tous ces motifs, développés par M. Borelli, sont bien de nature à faire réfléchir et à faire envisager la ligature sous un aspect plus favorable que ne le font les chirurgiens de nos jours. Mais, pour cela, il faut revenir aux vrais principes, se persuader que cette opération a été proposée, non pas pour des hernies ombilicales anciennes, très-volumineuses, contenant un très-grand nombre de viscères abdominaux, pour des hernies irréductibles ou difficilement réductibles, mais bien pour des hernies se réduisant complétement, existant principalement chez de jeunes sujets, n'ayant pas une large base. Pratiquée dans ces circonstances, avec les précautions voulues, la ligature nous paraît une opération d'une grande simplicité, et appelée, par conséquent, à figurer dans la pratique. C'est, au reste, ce qu'a senti M. Borelli, et ce chirurgien distingué, pour réhabiliter cette opération, vient de publier cinq observations de hernies ombilicales opérées par la ligature, et guéries radicalement, chez trois sujets de huit mois, de quinze mois et de trois ans, chez un jeune homme de vingt-deux ans, et chez un homme de soixante-huit. Ce dernier fait est le plus remarquable. Le malade portait depuis son enfance une hernie ombilicale du volume d'un œuf, se réduisant complétement à travers une ouverture circonscrite dans laquelle on eût pu glisser le pouce facilement. En vingt-cinq jours la guérison était complète, sans accidents, et, ce que nous devons ajouter, c'est que le malade, opéré en 1837, ne présentait pas la moindre tendance à la récidive en 1846, c'est-à-dire neuf années après. Ce fait répond suffisamment à l'objection tirée de cette circonstance, que la guérison n'est pas définitive après la ligature, et qu'il faut toujours en assurer les résultats par la compression. (*Gazetta med. Sarda*, janvier.)

HERNIE DU PÉRICARDE. *Ablation de la partie herniée; guérison rapide.* Nous avons souvent dit que les erreurs, comme les succès, devaient tourner au profit de la médecine pratique. Nous croyons qu'à ce titre le fait suivant, bien que se rattachant à une lésion tout à fait exceptionnelle et dont il y a peu d'exemples dans la science, et par

conséquent peu de chances de le voir se reproduire, ne doit point être entièrement perdu pour l'expérience.

Un paysan russe, âgé de vingt-huit ans, grand, fort et bien conformé, après avoir joui jusque-là d'une bonne santé, avait vu se former peu à peu, dans l'espace de deux ans, et sans aucune cause appréciable, sur la partie antérieure gauche de la poitrine une petite tumeur qui lui causait seulement de temps en temps quelques légères douleurs. M. le docteur Hjorth, de Smyrne, consulté, constata, à l'examen, à un pouce de distance du côté gauche du sternum, dans l'intervalle de la troisième et de la quatrième côte, une tumeur grosse comme un œuf de poule, élastique, avec fluctuation, sans changement de couleur à la peau, transparente, peu douloureuse, même par une assez forte pression. Située au-dessous du muscle grand pectoral, elle paraissait s'aplatir par la tension de ce muscle, comme aussi par une assez forte compression; sa mobilité était obscure; il semblait, cependant, qu'elle pouvait être un peu déplacée. Les mouvements du bras étaient un peu gênés et causaient quelques douleurs dans la tumeur. L'auscultation apprit que les poumons et le cœur étaient dans l'état normal; il n'y avait, d'ailleurs, ni fièvre, ni aucun symptôme dépendant soit des organes thoraciques, soit des organes abdominaux. Ayant diagnostiqué une tumeur *cystique*, située au-dessous du muscle grand pectoral, M. Hjorth se décida *un peu légèrement*, convient-il lui-même, à l'enlever. Les téguments furent divisés par une incision cruciale; mais cherchant à en faire autant avec le muscle pectoral, l'opérateur trouva ses couches profondes tellement confondues avec la paroi de la tumeur, qu'il lui fallut, pour la mettre à nu, la disséquer avec soin jusqu'aux côtes. Il vit alors la tumeur s'élever de l'intervalle des troisième et quatrième côtes, comme une poire. Ayant employé d'abord en vain le manche du scalpel pour séparer le pédicule, il continua à disséquer avec l'instrument tranchant, quand tout d'un coup il se fit une ouverture, qui donna issue à trois ou quatre onces d'un fluide jaune, gluant, séreux; la paroi de la tumeur s'étant à l'instant affaissée, M. Hjorth l'enleva rapidement en entier, et il vit alors au fond une ouverture circulaire admettant l'indicateur, à l'aide duquel il pénétra dans la cavité de la poitrine, et il sentit manifestement le cœur battant. Le péricarde avait été ouvert. La plaie fut aussitôt fermée, laissant seulement une mèche de charpie entre les lèvres pour faciliter l'écoulement des sécrétions. Le résultat surpassa toute espérance. Après avoir combattu une assez forte fièvre par un régime légèrement antiphlogistique, l'état du malade s'améliora de jour en jour. Le fond de la plaie était déjà fermé le cinquième jour, et tout le reste trois ou quatre semaines après.

Cette erreur révèle un fait intéressant au point de vue physiologique, bien qu'il ne faille pas trop s'y fier à l'avenir; c'est l'innocuité de l'ouverture du péricarde. Quant à cette erreur elle-même, nous croyons qu'elle eût pu être facilement évitée par une ponction exploratrice, moyen auquel, à notre avis, on n'a pas assez souvent recours, et qu'on ne devrait jamais négliger dans les cas de diagnostic douteux ou difficile comme celui-ci. (*Gazette des hôpitaux*, mars 1852.)

KYSTE *séreux profond de la mamelle, traité sans succès par la ponction et guéri par l'extirpation.* Nos lecteurs se rappellent probablement que nous avons inséré dans ce journal (tome 36, page 159) un travail de M. Robert sur les kystes séreux profonds et interstitiels de la mamelle, dans lequel ce chirurgien recommande les injections iodées, et surtout l'introduction dans l'intérieur du kyste d'une mèche destinée à déterminer l'inflammation suppurative de ses parois. En même temps M. Robert fait remarquer que la ponction simple, bien que dans un cas rapporté par Ast. Cooper elle ait obtenu la guérison radicale, offre trop de chances de récidives pour qu'il soit permis de la conseiller. Si nous rapportons le fait suivant, c'est que les résultats de la ponction ont été nuls et ont conduit à pratiquer l'extirpation, qui a guéri la maladie. C'est donc moins un exemple à suivre que nous donnons, qu'un écueil à éviter que nous indiquons.

M. Birkett fut consulté par une femme de quarante-quatre ans,

mère de plusieurs enfants, et qui portait dans la mamelle gauche une tumeur qui, du volume d'un petit nodule, avait acquis un diamètre de 5 pouces, tumeur fluctuante, paraissant composée d'un kyste central volumineux et de deux petits; cette tumeur s'était montrée à la suite d'un coup reçu sur la mamelle. Divers moyens avaient été employés sans succès; une ponction fut faite par M. Birkett, et donna issue à 6 onces d'un liquide sanguinolent; on put distinguer alors trois petits nodules en dehors et en bas, qui ne paraissaient avoir aucun rapport avec la tumeur principale. Dix-huit jours après, malgré une compression méthodique, le kyste s'était rempli de nouveau; on pratiqua la ponction qui donna issue à 6 onces de liquide sanguinolent; trois jours après le liquide était reproduit. Dans ces circonstances, M. Birkett, sur l'avis de M. Cooper, crut devoir en venir à l'extirpation, ce qui fut fait au moyen d'une incision et d'une dissection qui respectaient le mamelon et la moitié inférieure de la glande. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse, et la guérison était complète un mois après. Ce qui peut diminuer le regret de n'avoir pas essayé d'autres moyens dans ce cas, c'est que, indépendamment d'un grand kyste, il y en avait à côté deux petits, et plusieurs autres plus petits encore, de sorte que si une injection iodée eût été pratiquée, ou même si l'on eût excité dans le kyste un travail inflammatoire, comme le propose M. Robert, au moyen d'une mèche, la guérison n'eût pas été peut-être complète. (*The Lancet*, janvier.)

ONGLE INCARNÉ (*Nouveaux faits à l'appui du traitement de l') par des pansements méthodiques avec l'amadou.* Les chirurgiens se sont donné carrière dans l'invention des moyens chirurgicaux destinés au traitement de l'onyxis. Quelque ingénieuses que puissent être leurs méthodes opératoires, il est incontestable que les malades préféreront toujours les procédés les plus doux, sauf à en venir, en dernière analyse, à l'instrument tranchant; il n'est pas douteux non plus que par ces procédés, par celui de Desault, par exemple, avec la lame de fer-blanc, par celui de Blandin, en introduisant de la charpie sous le bourrelet cutané, de manière à le refouler en dehors, de manière à comprimer les végétations fongueuses, on obtient assez ordinairement de bons résultats, du soulagement toujours et la guérison assez souvent. Peu importe qu'on substitue à la charpie un autre corps doux et compressif, tel que de l'amadou, ainsi que l'a fait un chirurgien italien, le docteur Lei; mais nous croyons que M. Borelli rend service aux praticiens en tournant leur attention, non pas vers les moyens chirurgicaux, mais vers des moyens aussi simples que ceux dont nous venons de parler. Ce chirurgien distingué vient de publier deux faits de guérison obtenue en faisant glisser dans le sillon de l'ongle, en refoulant le bourrelet cutané et en comprimant autant que possible les fongosités, un morceau d'amadou de la grosseur d'une plume à écrire. Ce pansement, renouvelé tous les matins, a été suivi de guérison en quelques jours. Jamais M. Borelli n'a été obligé de se servir de l'autre procédé donné par Lei, et qui consiste à aller redresser directement la portion incarnée de l'ongle, en la soulevant avec une pince et en glissant au-dessous et dans le sillon, aussi profondément que possible, un petit morceau d'amadou. Il est probable, cependant, que M. Borelli n'a pas rencontré de ces cas graves avec maladie profonde de la matrice de l'ongle, contre lesquels les procédés chirurgicaux ordinaires échouent et que l'on ne guérit qu'en détruisant complétement cette matrice par un procédé chirurgical quelconque. (*Gazetta med. Sarda*, octobre.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Valeur de l'huile de foie de morue dans le traitement de la*). Cette question serait bien de nature à fixer l'attention des praticiens, s'il était possible de lui donner une solution complète, si l'on pouvait surtout préciser les indications de l'emploi de ce moyen. C'est effectivement sous ce dernier rapport que pèche l'histoire thérapeutique de l'huile de foie de morue : employée d'une manière générale et empirique, comme on le fait aujourd'hui, on ne doit pas s'étonner de ce que le succès n'est pas au bout de toutes les tentatives; et il est à craindre que, par une de ces réactions si communes en médecine, cet agent, après avoir joui d'une répu-

lation très-grande et très-légitime, suivant nous, ne finisse par être abandonné et par tomber dans un discrédit complet. Les médecins des hôpitaux de Paris en particulier, et M. le professeur Chomel en tête, ne paraissent pas avoir eu beaucoup à s'en louer, et nous avons entendu, il y a peu de temps, ce professeur contester ce que l'on avait dit des effets corroborants produits par ce moyen, et surtout ce qui est relatif à l'augmentation de l'embonpoint. M. Chomel n'était pas éloigné de penser que derrière ces faits brillants rapportés par certains observateurs, et en particulier par les médecins de l'hôpital de Brompton, se cachaient peut-être quelques erreurs de diagnostic. Nous nous garderions bien de nous porter fort pour tous les diagnostics portés dans ces établissements, quoiqu'ils comptent à leur tête les hommes les plus versés dans la pratique de l'auscultation, M. Williams, M. Th. Thompson, etc.; mais ce que nous devons faire remarquer, c'est que les conditions des hôpitaux de Paris sont tout à fait différentes de celles des hôpitaux de Londres, et surtout celles des hôpitaux spéciaux, tels que les hôpitaux pour les phthisiques. Ces derniers sont situés dans des conditions d'aération, de salubrité, d'hygiène, de comfort enfin, que ne comportent pas nos hôpitaux immenses de la capitale, dont la construction n'a presque jamais été appropriée au but que l'on se proposait d'atteindre. Il est bien vrai, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Chomel, que dans nos hôpitaux de Paris on ne voit pas souvent de ces modifications inespérées de la phthisie, telles que nous en ont fait connaître les premiers médecins qui ont prôné l'huile de foie de morue; tandis que dans un relevé récent publié par M. Thompson, nous voyons, dans des cas de phthisie au troisième degré, des malades gagner souvent 7, 8 livres en deux ou trois mois, et 20 liv. même en cinq mois. C'est parmi les malades de la ville, placés dans de meilleures conditions hygiéniques, qu'il faut aller chercher des succès de ce genre; et l'on peut dire qu'on en trouve à chaque pas; mais ce dont il faut bien se persuader, c'est que l'huile de foie de morue n'agit pas sur la phthisie pulmonaire par son action spéciale sur le poumon, dont elle améliore l'état morbide, mais bien sur l'état général de l'organisme sur l'ensemble de la constitution et probablement sur le sang, ainsi que tend à le montrer une analyse de M. Snow, qui a vu le chiffre des globules s'élever, après trois mois de traitement, de 3.5 millièmes. Or, il se peut faire que des conditions spéciales à un malade empêchent l'organisme d'éprouver tous les bons effets qu'on attend de ce moyen, que des complications lui fassent perdre d'un côté ce qu'il gagne de l'autre: voilà le point de vue auquel le traitement de la phthisie par l'huile de foie de morue n'a pas été encore étudié. Enfin, n'y aurait-il pas des formes de phthisie plus facilement accessibles à l'action de l'huile de foie de morue que d'autres? Cette phthisie qui se montre chez les scrofuleux, comme expression ultime de l'état strumeux, nous a paru plus heureusement et plus sûrement modifiée que celle qui se lie à une influence héréditaire, par exemple, sans intervention de scrofule, ou à des influences morales dépressives. On comprend que nous ne pouvons tout indiquer ici; mais ce que nous voudrions, c'est que l'on ne se hâtât pas trop de conclure à l'inefficacité de l'huile de foie de morue, parce que ce moyen échoue dans beaucoup de cas, et surtout parce qu'il échoue fort souvent dans les hôpitaux. Nous sommes tellement convaincu de l'efficacité de ce moyen, que, pour notre part, nous ne saurions par quoi le remplacer, et que nous croyons que, même aujourd'hui où on en fait un usage si général, on aurait peine à en citer des effets fâcheux. Cette dernière condition suffirait pour ne pas nous faire partager la répugnance de quelques médecins à faire usage de ce moyen; mais, nous le répétons, il est si souvent utile, que nous considérerions comme un malheur qu'il pût être abandonné dans le traitement de cette maladie.

PLOMB (*Procédés très-simples pour l'analyse chimique des boissons frelatées par les sels de*). Les nombreux cas de coliques saturnines déterminées par le mode adopté par les fabricants de Paris pour la clarification du cidre ont amené, au sein de la Société médicale des hôpitaux, plusieurs communications intéressantes. Ces travaux ne sont pas venus ajouter aux considérations générales que nous avons présentées; il est un

point cependant, signalé dans la note de M. Noël Guéneau de Mussy, qui mérite d'être enregistré : ce sont les procédés très-simples employés par ce médecin pour l'analyse des boissons frelatées par les sels de plomb.

La couleur pâle du cidre permet facilement de voir le précipité noir qui se forme quand on y verse de l'acide hydrosulfurique ou un hydrosulfate. Dans un vin de couleur foncée, il est beaucoup moins aisé d'apprécier cette réaction. M. Guéneau de Mussy a trouvé un procédé qui isole le sulfure de plomb de la matière colorante : on prend un tube fermé à une de ses extrémités par une baudruche, et, après y avoir fait un petit trou capillaire à l'aide d'une aiguille, on y verse une solution concentrée d'hydrosulfate de soude. On plonge ce petit appareil au fond d'un verre rempli du vin sophistiqué, en ayant soin que la colonne du liquide réactif n'atteigne pas la hauteur à laquelle le vin s'élève dans le verre. Aussitôt, instantanément en quelque sorte, une couche noire, floconneuse de sulfure de plomb, vient surnager la solution d'hydrosulfate. Si la colonne du réactif dépassait celle du vin, l'hydrosulfate se précipiterait dans le verre à travers l'ouverture de la baudruche, et la réaction se ferait au milieu du vin. Il faut, pour que l'expérience réussisse, qu'elle ait lieu au niveau même du trou capillaire. Le sulfure formé s'élève dans le tube en vertu de sa pesanteur spécifique. Un tube éprouvette en verre, percé d'un trou capillaire, donne le même résultat.

Un autre procédé plus simple encore, mais qui ne permet pas comme le précédent d'isoler le sulfure de plomb, consiste à verser dans un verre la solution d'hydrosulfate de soude ; on y place ensuite une petite feuille de liége, ou une croûte de pain, sur laquelle on fait tomber goutte à goutte le vin que l'on veut analyser. Le vin surnage la solution aqueuse ; mais bientôt entre les deux couches on aperçoit une zone noire, très-nettement distincte, et constituée par du sulfure de plomb. (*Comptes-rendus de la Soc. méd. des hôpitaux*, février 1852.)

RAMOLLISSEMENT *blanc, aigu, essentiel du cerveau chez les enfants* (*Traitement du*). La première question qui se présente est celle-ci : Existe-t-il un ramollissement blanc essentiel du cerveau ? Question préjudicielle d'autant plus importante à résoudre, que jusqu'ici le ramollissement blanc a été considéré comme un résultat, comme un effet consécutif, comme une complication secondaire d'autres affections ou états pathologiques dont il est la conséquence directe ou indirecte, plus ou moins inévitable. C'est ainsi que l'on observe le ramollissement blanc à la suite d'épanchements séreux ventriculaires, ou d'infiltrations sous-arachnoïdiennes de même nature, dans les cachexies hydropiques, à la suite de perturbations dans la circulation cérébrale, résultant d'ossification des vaisseaux chargés de cette fonction. M. Duparcque pense cependant qu'il y a lieu d'admettre, en dehors de l'inflammation, en dehors aussi des conditions pathologiques dont il vient d'être parlé, un ramollissement blanc essentiel du cerveau, que ses conditions étiologiques, symptomatiques et nécroscopiques caractérisent et distinguent de tout ramollissement secondaire ou consécutif. C'est ainsi qu'au point de vue des causes prédisposantes et déterminantes, ce ramollissement se lie à une intelligence précoce ou trop développée, à des fatigues intellectuelles, à des émotions morales profondes ou vives. C'est ainsi que, au point de vue symptomatique, on ne retrouve pas dans cette maladie le délire, les convulsions, les contractures, symptômes liés au ramollissement résultant d'inflammations méningiennes ou encéphaliques. On n'y retrouve pas non plus l'assoupissement, la perte plus ou moins complète des fonctions intellectuelles, les paralysies, etc., qui appartiennent inévitablement au ramollissement par infiltration séreuse, ou sanguine, ou purulente (congestion, encéphalite, apoplexie, hydrocéphalie, etc.). Les symptômes propres se réduisent à de la céphalalgie avec somnolence, mais avec intégrité des fonctions intellectuelles, à de l'exaltation des sens spéciaux de la sensibilité générale, avec apyrexie et même ralentissement de la circulation. Enfin à la nécropsie, on trouve le ramollissement seul, à l'exclusion de toute autre altération ou lésion anatomique.

Sous le point de vue du traitement, celui que nous devons avoir particulièrement en vue, M. Duparcque écarte d'abord du traitement du ra-

mollissement blanc essentiel du cerveau les émissions sanguines, dont il ne faut pas seulement être sobre, mais dont rien, dans la nature de l'altération, non plus que le caractère de ses manifestations symptomatiques, n'autorise ou ne justifie l'emploi. En revanche, les moyens de nature à calmer l'état de surexcitation tenant de la névralgie, les bains tièdes, les fomentations ou affusions froides sur la tête, les applications locales de chloroforme et d'éther, sont parfaitement indiqués. Les dérivatifs cutanés et intestinaux trouvent aussi leur place ici. L'indication principale, d'après M. Duparcque, se trouve dans la marche même de la maladie, intermittente à son début, dans la première période : le sulfate de quinine doit donc être placé en première ligne parmi les moyens de traitement. Mais une question non moins importante est celle relative à la prophylaxie. Du moment qu'un développement précoce de l'intelligence et surtout un exercice trop actif de ses facultés peuvent être considérés comme les causes prédisposantes et déterminantes de la maladie, il suit de là que les études forcées doivent être proscrites, principalement chez ceux dont les facultés intellectuelles présentent une grande disposition à la surexcitation. (*Arch. de méd.*, fév.)

TENIA (*De la valeur de la pâte de semences de citrouille contre le*). Nous l'avons bien des fois répété, notre matière médicale indigène n'est pas aussi pauvre qu'on la fait, et si l'on mettait à son étude le soin que l'on apporte à celle des produits que le commerce nous livre à grands frais, cette vérité n'aurait pas besoin d'être rappelée. En voici un exemple. Il y a plus de trente années que le Journal universel des Sciences médicales signalait les bons effets que le docteur Mongeny avait obtenus, dans les cas de ténia, avec une pâte composée de 90 grammes de citrouille fraîche et 180 grammes de miel, donnée en trois doses à la distance d'une heure. A l'aide de ce moyen, ce médecin avait constamment réussi à chasser le ténia dans le laps de six à sept heures, alors même que, dans plusieurs cas, tous les remèdes connus alors avaient échoué. Ce résultat était assez important et l'innocuité du médicament assez incontestable pour provoquer une large expérimentation. Cette étude a été reprise seulement par les médecins de Bordeaux. En 1845, M. le docteur Brunet signalait à ses collègues de la Société médicale les résultats remarquables qu'il avait obtenus de l'usage des semences de la citrouille, et depuis cette époque, plusieurs de ses confrères sont venus citer d'assez nombreux cas d'expulsion de ténia par l'emploi de ce remède. A Bordeaux, la pâte est préparée avec 45 grammes des graines dépouillées de grande citrouille (*cucurbita maxima*) avec autant de sucre. Voici un nouveau fait de succès de cette médication.

Un médecin souffrait, depuis deux ans, presque constamment de douleurs dans les lombes, de lassitudes générales ; le moindre travail le fatiguait énormément. Cet état l'avait découragé et lui faisait craindre quelque affection du système nerveux. S'étant aperçu qu'il rendait des vers blancs, vivants, semblables à des morceaux de chiendent aplati, de la longueur d'un pouce à peu près, bien qu'il leur distinguât une tubulure et pas la moindre trace d'articulation, il pensa être affecté de ténia. D'après le conseil de M. Sarramea, il prit, à onze heures du soir, 30 grammes de semences de citrouille (*cucurbita maxima*) pilées avec 10 grammes de sucre. Le lendemain matin, douze heures plus tard, ayant pris un lavement simple, ce médecin a rendu 7 mètres de ténia. Nous citons cette observation seulement au point de vue de l'efficacité du moyen employé ; à ce titre, nous devons mentionner que dans la discussion provoquée par ce fait, M. le docteur Brunet a dit avoir employé vingt-cinq ou trente fois ce remède avec succès depuis sa première communication à la Société. M. Sarramea a également réussi dans un grand nombre de cas, mais il a dû quelquefois revenir une seconde et même une troisième fois à l'emploi du moyen. Ce médecin cite deux cas dans lesquels la racine du grenadier et même le kousso avaient échoué. Il ne faut pas croire, cependant, qu'aucun insuccès n'ait été produit. M. Brunet et M. Costes en ont signalé, et se sont demandé, avec juste raison, si ces variétés de résultats ne tenaient pas à l'espèce de ténia auquel on avait affaire. Ce remède a paru assez efficace pour que la Société ait ac-

cueilli la proposition de l'un de ses membres, d'adresser une note à l'Académie nationale de médecine, avec prière d'en ordonner l'insertion dans son Bulletin et plus tard dans le *Codex*. Cette communication, nous n'en doutons pas, sera accueillie avec sympathie par l'Académie, et nous la signalons comme un exemple à suivre dans l'occasion par les autres Sociétés médicales. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, février 1852).

TIC DOULOUREUX *guéri par l'extraction d'une concrétion calcaire située sur le trajet du nerf sous-orbitaire*. Le fait suivant doit être présent à la mémoire des médecins, par cette raison que, dans les cas rebelles de ce genre, on s'attache le plus souvent aux modificateurs généraux, et que l'on ne songe pas toujours à rechercher sur le trajet des nerfs s'il n'y aurait pas quelque cause susceptible d'être le point de départ des douleurs.

Une jeune femme de vingt-cinq ans, domestique, était affectée, depuis six ans, d'un tic douloureux, dont le point de départ était au niveau du sourcil droit, et qui s'étendait au reste de la face. Les accès revenaient exactement à certaines heures de la matinée. Mais, de temps en temps, ils avançaient ou retardaient. Comme depuis quelque temps l'intensité allait en augmentant, la malade réclamait avec instance d'en être débarrassée. En palpant le sourcil, M. Allan crut sentir, dans l'épaisseur du sourcil, un corps dur, correspondant au point de départ de la douleur. Une incision, pratiquée à ce niveau, mit à nu une concrétion calcaire, d'une forme irrégulièrement arrondie, du volume d'un gros pois, dure, comme sablonneuse, entourée d'une couche de tissu cellulaire, et située immédiatement au-dessus du trou sous-orbitaire, où elle adhérait intimement au nerf. Cette petite opération fut suivie d'un soulagement immédiat. Depuis lors, trois mois s'étaient écoulés, et la douleur n'avait pas reparu. (*Montly Journal*, févr. 1852.)

TUMEUR *formée, chez la femme, par le décollement d'une partie du cuir chevelu sus-occipital, et attribuée au tiraillement journalier des cheveux pour la coiffure*. Les médecins et les hygiénistes qui se sont occupés des soins que réclame la chevelure ont bien signalé, M. Cazenave notamment, dans son Traité des maladies du cuir chevelu, quelques-uns des inconvénients ou des dangers inhérents à certaines des pratiques usuelles dans la coiffure des femmes; mais nous ne sachons pas jusqu'ici qu'aucun d'eux ait signalé, au moins au même degré, l'accident qu'un médecin de Namur, M. le docteur Thirion, a observé, par le fait d'une circonstance peut-être toute fortuite, sur trois jeunes femmes, dans l'espace de quelques années; nous voulons parler d'une tumeur formée par le décollement d'une partie du cuir chevelu sus-occipital, dû au tiraillement journalier des cheveux. Voici les faits rapportés par M. Thirion :

Ce médecin fut consulté, il y a quelques années, par une demoiselle alors âgée de vingt-cinq ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis longtemps à la partie postérieure de la tête, et qui prenait de l'accroissement. Cette tumeur, comparable pour le volume, la forme et la densité, à une petite rate, était placée transversalement sur l'occiput. Elle faisait partie du cuir chevelu et sa surface était abondamment pourvue de cheveux; elle était très-mobile, et son bord crânien avait au moins quinze fois plus d'étroitesse que son bord libre ou postérieur. Le premier était dur et formait obstacle à l'aplatissement de la masse, quand on la comprimait. Considérant cette exubérance comme une espèce d'hypertrophie partielle du cuir chevelu, M. Thirion pensa qu'on pourrait l'enlever après l'avoir cernée par deux incisions semi-elliptiques; mais la proposition qu'il en fit à la malade fut repoussée. Quelques années plus tard, deux cas semblables s'offrirent à son observation chez deux jeunes personnes, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé et d'une bonne constitution et ayant toutes deux une chevelure très-épaisse, circonstance qui leur était commune avec la première malade. On avait remarqué, depuis quelques années, que toutes les fois qu'on les coiffait, que l'on tiraillait les cheveux de haut en bas pour les démêler, il se produisait au derrière de la tête une tuméfaction molle et allongée transversalement, laquelle disparaissait dès que la coiffure était terminée et la masse des cheveux fixée. Bientôt cette tumeur avait fini par augmenter de volume et par res-

ter persistante; elle avait chez ces deux malades environ la forme et le volume d'un pancréas placé transversalement sur l'occiput. En soutenant la masse des cheveux d'une main et pressant, de l'autre, sur la tumeur, on l'aplatissait jusqu'à un certain point, mais sans la faire disparaître.

En rapprochant ces deux faits du précédent, M. Thirion n'hésita pas à les attribuer tous les trois à la même cause, c'est-à-dire aux tiraillements exercés chaque jour d'avant en arrière et de haut en bas sur la masse des cheveux pour les démêler, joints à cette double circonstance prédisposante qui existait également chez ces trois personnes, du poids d'une chevelure très-abondante et d'une laxité particulière du tissu cellulaire épicrânien. Conséquemment à cette détermination étiologique, M. Thirion, après avoir fait raser les cheveux aux deux dernières malades en question, fit pratiquer sur la tumeur des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium et exerça une compression exacte avec une bande amidonnée. Ce traitement, suivi pendant six semaines, a suffi pour ramener le cuir chevelu à son volume normal, et lui rendre ses adhérences naturelles. Quant à la première malade, elle se refusa à tout traitement.

Bien que rien ne garantisse la persistance de cette guérison et qu'on ne soit point fondé à craindre que la persistance des mêmes conditions reproduise par la suite les mêmes effets, il n'en est pas moins utile de constater les bons résultats des moyens employés par M. Thirion, moyens qu'on ne devrait pas hésiter à mettre en pratique en pareils cas. (*Journal de médecine de Bruxelles*, février 1852.)

VARICES (*De l'emploi du collodion dans le traitement des*). Nous avons signalé plusieurs fois les bons effets que l'on pouvait obtenir de la rétraction exercée sur les tissus par le collodion dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales, et récemment nous montrions que, sous l'influence de la douce compression exercée par cet enduit, un médecin anglais était parvenu à faire résoudre bon nombre d'engorgements laiteux. M. le docteur Durant, médecin militaire belge, vient appeler l'attention sur l'application de cette méthode aux varices et aux tumeurs variqueuses chroniques. Ce traitement consiste à étendre sur la tumeur ou les varices trois couches successives de collodion, que l'on recouvre ensuite d'un morceau de soie imbibée aussi de collodion. Ce petit appareil est simple, ne gêne nullement, et ne doit être renouvelé que tous les huit ou dix jours. (*Archives belges de méd. militaire.*)

VARIÉTÉS.

DE L'AUTORITÉ EN MÉDECINE.

Discours d'ouverture du cours de clinique médicale, à la Faculté de Strasbourg,

Par M. le professeur FORGET.

Un des dogmes religieux, politiques et philosophiques les moins contestés, c'est que l'homme est né libre, indépendant, naturellement affranchi de toute autre autorité que celle de sa propre raison. Ce dogme, en effet, caresse l'orgueil humain, et mal accueilli serait celui qui prétendrait s'inscrire en faux contre un tel principe. Cependant théologiens, publicistes et savants sont obligés d'apporter tant de restrictions à cette loi, tant d'exceptions à cette règle, que, finalement, il se trouve que l'homme, par le fait de son organisation physique, de ses facultés morales, des conditions de l'état social, etc., est soumis à tant de servitudes naturelles, de tyrannies patentes ou occultes, que son libre arbitre se trouve en quelque sorte réduit à l'état d'élément quasi-théorique, et sinon problématique, au moins d'une assez rare application.

En effet, si nous sortons des vagues et subtiles généralités de la méta-

physique pour entrer franchement dans le domaine du positif, nous verrons se produire parallèlement deux principes rivaux également inhérents à l'esprit humain, le libre arbitre et l'autorité. Nous verrons que ce n'est qu'en vertu de circonstances accessoires que l'un de ces principes a paru dominer l'autre, et que ce n'est qu'en créant des distinctions facticos qu'on est parvenu à représenter la liberté et l'autorité comme exerçant alternativement un empire exclusif au sein de la société. L'acceptation de certaines phases ou périodes historiques purement artificielles est elle-même un témoignage de l'influence de l'autorité, car c'est par pure imitation les uns des autres que les historiens des sciences et de la médecine en particulier sont convenus d'admettre certaines périodes principales, telles que le dogmatisme de l'antiquité, le sommeil ténébreux, la crédulité servile du moyen âge, et cette fameuse époque dite de la renaissance où, suivant l'expression consacrée, l'esprit humain se dégageant des langes de l'autorité, reconquit sa liberté plénière, et se livra désormais au culte du libre examen. Mais voyons à ce sujet ce que disent nos annales.

La plus éclatante et la plus vénérable expression de l'autorité médicale est, sans contredit, la grande figure d'Hippocrate. C'est lui qui posa les fondements de la science; c'est lui qui, soi-disant, régna despotiquement sur celle-ci pendant près de deux mille ans; c'est lui que beaucoup de modernes encore voudraient maintenir sur un trône élevé sur les débris de tous les génies qui vécurent après lui.

Serait-ce que la science soit sortie toute faite du cerveau d'Hippocrate, comme Minerve de celui de Jupiter? Ce n'est pas ce que dit la tradition: elle enseigne, au contraire, qu'Hippocrate eut le mérite de colliger et de systématiser les notions acquises jusqu'à lui, notions inscrites sur les tables votives des temples et dans certaines œuvres que le temps a détruites. Il en est même qui pensent, avec une certaine apparence de raison, que les livres d'Hippocrate ne sont que la collection d'ouvrages émanés de plusieurs auteurs, comme on a prétendu que les livres d'Homère étaient l'œuvre collective de plusieurs poëtes. Quoi qu'il en soit, Hippocrate, en construisant son superbe édifice, dut recourir à l'autorité pour se constituer autorité lui-même, de sorte que bien qu'il ait été libre dans le choix de ses matériaux, il ne fut pourtant qu'une émanation de l'autorité.

A voir superficiellement les choses, il semblerait qu'Hippocrate ait régné dans la science en monarque absolu, depuis son époque jusqu'au seizième siècle environ. Il n'en est point ainsi. Hippocrate est le chef de l'école dogmatique. C'est assez dire que d'autres écoles surgirent à côté de la sienne; l'école empirique d'abord, puis l'école éclectique (car telle est la filiation psychologique des systèmes), puis d'autres écoles encore, lesquelles jetèrent moins d'éclat que la sienne, mais qui confirmèrent le grand principe de l'opposition, c'est-à-dire du libre arbitre en lutte avec le principe de l'autorité.

Presque au niveau d'Hippocrate s'éleva plus tard Galien, non pas comme antagoniste, mais plutôt comme continuant le maître, en ajoutant aux données de l'hippocratisme le ciment de son génie dogmatique et le complément de sa science encyclopédique. Il fut donc imitateur et inventeur tout à la fois.

Hippocrate et Galien, tels sont les deux colosses qu'on nous représente comme ayant porté à peu près seuls, pendant une longue série de siècles,

l'édifice homogène de la science. Mais on ignore que ceux-là même qui exhumèrent et propagèrent leurs écrits: Cœlius Aurelianus, Oribase, Aetius, Alexandre de Tralles, Paul d'Egine, ne renoncèrent pas à produire leurs propres vues. Les Arabes aussi, Sérapion, Rhazès, Avicenne, Avenzoar, tout compilateurs qu'ils étaient, travaillèrent néanmoins pour leur compte, et loin de subir servilement l'exclusive autorité d'Hippocrate et de Galien, jetèrent dans la science de nouveaux et graves éléments; ne serait-ce que certaines maladies inconnues jusqu'alors et cette foule de médicaments nouveaux, simples et composés, luxe menteur que Guy-Patin qualifiait de cuisine arabesque. Ajoutons-y le mysticisme oriental, l'astrologie, les amulettes dont ils furent les inaugurateurs, sinon les inventeurs, et enfin l'alchimie, cette source impure de la chimie médicale moderne, si féconde en applications traditionnelles. Donc les Arabes nous apparaissent encore comme synthétisant les deux principes indéclinables de l'autorité et de la spontanéité.

En Occident même, les moines qui eurent, à certaine époque, le privilége presque exclusif d'exercer l'art de guérir, ne se firent pas faute de mêler aux dogmes antiques une foule de pratiques plus ou moins rationnelles ou superstitieuses: prières, reliques, conjurations, exorcismes. L'école de Salerne, enfin, qui brille dans cette période comme une étoile au milieu des ténèbres, ne manqua certes pas de répandre des idées et surtout des pratiques originales.

Donc il serait faux d'admettre que la médecine du moyen âge reposa tout entière sur les dogmes d'Hippocrate et de Galien. A mesure que le labeur des couvents vulgarisait les œuvres antiques, l'hippocratisme et le galénisme prenaient, il est vrai, position dans la science, mais toujours mélangés à des créations propres à l'époque même, témoin les disquisitions relatives à la pierre philosophale, les rêveries de l'astrologie judiciaire, les infernales élucubrations de la cabale, etc. Le moyen âge, dans son ensemble, apporta donc, lui-même, son contingent de manifestations propres et de créations spontanées d'une valeur telle quelle, à la masse toujours croissante des données dites scientifiques. Cette période prétendue ténébreuse et stérile fut donc plus féconde en produits nouveaux qu'on ne le croit généralement. Que si l'autorité a paru l'emporter alors sur le libre examen, cela tient à plusieurs motifs: c'est que, d'abord, l'autorité domine nécessairement tant que l'individu ou l'être collectif ne se trouve pas encore assez de forces ou de lumières pour essayer ses ailes; or, au moyen âge, l'esprit humain, opprimé par les invasions des barbares et abruti par la servitude féodale, dut accepter les dogmes traditionnels avec cette obéissance passive à laquelle il était façonné., jusqu'à ce que, émancipé par ces dogmes mêmes, c'est-à-dire par l'exercice de la raison, l'esprit humain se sentit assez fort pour réagir contre les autorités qui de toutes parts s'efforçaient de l'opprimer. Parmi ces forces oppressives figurait l'autorité sacerdotale, dont l'autorité temporelle, la monarchie elle-même, était l'humble tributaire, ce qui forçait les hommes de progrès à tenir fermée la main que quelques-uns pouvaient se sentir pleine de vérités. C'est ce qu'éprouva fort bien Galilée qui, tout en frappant du pied la terre, fut cependant obligé de faire amende honorable devant la sainte Inquisition. Mais malgré les entraves accidentelles, il se trouva toujours de libres penseurs assez fortement trempés pour se dévouer en martyrs à la propagande de la vérité;

après Galilée nous pourrions citer Abeilard, Ramus et autres; sans sortir de notre spécialité, nous rappellerons l'infortuné Brissot qui fut obligé de s'exiler pour avoir soutenu, contre l'autorité des Arabes, qu'il était indifférent de pratiquer la saignée à l'un ou à l'autre bras, ce que prouve l'anatomie.

Quoi qu'il en soit, la science régénérée, c'est-à-dire dégrossie des principales erreurs, des superstitions et de certains préjugés qui obscurcissaient la science antique, vit s'ouvrir une ère soi-disant nouvelle; mais les novateurs prétendus qui signalèrent l'époque dite de la renaissance, n'étaient pas, quoi qu'on en dise, sans prédécesseurs dans la carrière de l'émancipation, ainsi que nous l'avons vu; la plupart même ne furent que des imitateurs plus ou moins habiles. C'est ainsi que Paracelse, Vanhelmont et Stahl lui-même ont certains airs de famille avec l'ancienne école pneumatique ; Sylvius fut le continuateur des arabistes et des alchimistes du moyen âge; Fernel et Baillou ne firent guère que rajeunir Hippocrate et Galien. Et dans les temps plus rapprochés de nous, les chefs de secte et les grands praticiens dont les noms sont dans toutes les bouches, bien que leurs œuvres ne soient consultées et comprises que par bien peu de lecteurs, Sydenham, Stoll, Boerhaave, Barthez, Brown, Pinel, Broussais, sans parler des vivants, n'ont-ils donc pas aussi certaines affinités plus ou moins étroites avec le dogmatisme et l'empirisme, le méthodisme et le pneumatisme des temps helléniques et romains? Et ce qui se passe aujourd'hui ne rappelle-t-il pas l'école éclectique de l'ancienne Grèce? Je ne sais trop même si notre époque a le droit d'être bien fière et si elle est véritablement purgée des énormités que nous reprochons si dédaigneusement aux anciens? Lorsqu'on voit, par exemple, le célèbre Bayle prescrire le lézard contre le cancer, le spirituel Alibert administrer le suc gastrique de chouette contre les scrofules, et le vénérable Hufeland ordonner les vermifuges au déclin de la lune ; lorsqu'on se rappelle les origines absurdes de beaucoup de nos remèdes actuels, ne semble-t-il pas vraiment que nous en sommes encore aux beaux temps de la cabale, de l'astrologie et des signatures ? Quand on songe que Robert Fludd et Vanhelmont furent contemporains de Descartes et de Bacon, comment peut-on prétendre que la renaissance dissipa les préjugés et les erreurs du moyen âge!

Qu'est-ce à dire, si ce n'est que l'esprit humain eut toujours les mêmes allures, et qu'il tourne dans un cercle perpétuel? Nous accordons, si l'on veut, que ce cercle est une spirale, car il faut bien que le présent ajoute quelque chose au passé; mais est-on bien autorisé à tant parler de progrès, d'affranchissement, de libre pensée, d'autorité vermoulue; a-t-on bien le droit de fouler aux pieds les préceptes des grands hommes d'autrefois, lorsqu'on voit, par exemple, les inepties qui pullulent chaque jour à propos du choléra et de plusieurs autres maladies ; lorsqu'on est forcé de reconnaître que l'esprit humain rampe sans cesse dans la même ornière, et que les errements antiques se mêlent forcément et toujours à nos déterminations actuelles! Proscrire l'autorité en faveur du libre arbitre, n'est-ce pas s'efforcer vainement de mutiler la nature humaine et vouloir étouffer en elle un de ses instincts primitifs au profit d'un autre? N'est-ce pas porter une grave atteinte à la science elle-même que de chercher à la déshériter du fruit de ses labeurs séculaires? Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que cette proscription aveugle de l'autorité est ce qui a créé l'anarchie où nous vi-

vons, et je crains fort qu'aux yeux de la postérité notre époque n'apparaisse comme une de ces périodes néfastes où le flambeau de la science paraît sur le point de s'éteindre au souffle du vertige et des passions.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Les concours ouverts devant les Facultés de Paris et de Montpellier sont terminés; M. Bouchardat a été nommé à la chaire d'hygiène, et M. Dupré à celle de pathologie interne. On ne peut qu'applaudir à ces choix.

Le concours, cette grande institution des temps modernes, qui nous est enviée par les nations voisines, a fonctionné pour la dernière fois; un décret sur l'enseignement supérieur vient de le supprimer, pour rétablir la nomination directe par le ministre de l'instruction publique. Comme le considérant de ce décret annonce une loi prochaine sur la matière, nous remettons à sa promulgation l'exposé des modifications apportées à l'enseignement des Facultés de médecine.

Ce décret réorganise, en outre, le Conseil supérieur de l'instruction publique et crée huit places d'inspecteurs généraux.

M. le professeur Bérard est nommé inspecteur général des Ecoles de médecine et membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

M. le professeur Paul Dubois remplace M. Bérard comme doyen de la Faculté de médecine.

La Société de médecine de Bordeaux vient de procéder à la distribution de ses prix, qui ont été répartis de la manière suivante : M. le docteur Hahn, médecin de l'hospice Joséphine à Aix-la-Chapelle, une médaille d'or de deux cents francs et le titre de membre correspondant, pour un mémoire sur la *méningite tuberculeuse.*—M. le docteur Legendre, médecin des hôpitaux de Paris, une médaille de la valeur de cent francs et le titre de membre correspondant, pour un mémoire sur le même sujet. — M. le docteur Saucerotte, médecin à Lunéville, membre correspondant, une médaille grand module, pour un mémoire sur le *traitement de la pneumonie.*—M. le docteur Saint-Martin, médecin à Amou (Landes), membre correspondant, une première mention honorable, pour un mémoire sur *la pellagre.* — M. le docteur Durand-Fardel, correspondant de l'Académie de médecine, une deuxième mention honorable, pour un mémoire sur *la dyspepsie.*

La question proposée en prix pour le concours de 1853 est : « De la syphilis des nouveau-nés. » Celle pour le concours ouvert en ce moment est, on se le rappelle : « Etablir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine. »

M. le docteur Eméry, médecin de l'hôpital Saint-Louis et membre de l'Académie, médecin honoraire des hôpitaux, vient d'être chargé du service médical du sénat.

M. le docteur A. Courty, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital général, en remplacement de M. Eug. Delmas, qui vient d'être enlevé à la science et à ses nombreux amis.

La question de l'organisation de la médecine militaire est de nouveau l'ordre du jour. On annonce un prochain décret sur ce sujet important. On exigera que les chirurgiens militaires soient tous reçus docteurs. Un concours spécial serait ouvert chaque année dans chacune des Facultés, et huit inscriptions suffiraient. Les candidats qui auraient satisfait au concours seraient placés comme internes au Val-de-Grâce, qui recevrait le nom d'Ecole de médecine militaire. Les internes, après être restés un temps déterminé à cette école, seraient répartis dans les régiments avec le grade de chirurgiens de deuxième classe ou chirurgiens-majors.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES,

Lue à la Société de médecine par M. DELASIAUVE, médecin de l'hospice de Bicêtre.

La science n'a pas dit son dernier mot sur les fièvres intermittentes pernicieuses. A peine entrevu par les anciens, ce sujet n'a commencé à être approfondi que dans le siècle dernier, et comme ceux qui s'en sont occupés ont pour la plupart observé dans les grands foyers où la fièvre intermittente est endémique, il s'en est suivi une tendance générale à considérer les accès pernicieux comme de simples variétés de cette fièvre. Une telle assimilation, étendue à tous les cas, est peut-être exagérée. Ces accès, en effet, ressemblent souvent, à s'y méprendre, non aux accès ordinaires, mais à d'autres états pathologiques, et, sous ce rapport, appartiendraient de préférence à la catégorie des fièvres larvées, formes périodiques très-variables par leurs symptômes, et dont le propre est aussi d'être efficacement combattues par la médication fébrifuge.

Cette remarque n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic, car ce serait s'exposer à de fréquentes erreurs que de rechercher exclusivement pour base de son jugement, à travers la perturbation fonctionnelle, les attributs habituels des accès fébriles.

Il n'est émané des écrivains de Paris qu'un petit nombre d'écrits sur les fièvres pernicieuses, ce qu'explique la rareté relative des fièvres intermittentes dans cette ville. Ne se pourrait-il pas, toutefois, qu'en raison même de l'opinion qu'on s'est formée de cette rareté, beaucoup de cas eussent échappé à l'attention des praticiens? Cette idée, que tendrait à confirmer notre expérience personnelle, a été également exprimée par M. Bricheteau dans un Mémoire où se trouvent consignés plusieurs exemples curieux de fièvre intermittente pernicieuse.

Mon intention, du reste, n'est point de traiter à fond la question. Il m'a été donné d'observer d'assez nombreux cas de fièvre pernicieuse, et je désire seulement en faire ressortir quelques inductions pratiques, à propos de la discussion pendante devant la Société de médecine.

Si la fièvre pernicieuse n'apparaît que de loin en loin à Paris, il n'en est pas de même dans la plupart des campagnes. Pendant huit ans et demi, j'ai habité une circonscription, où, sur un total de

144 fièvres intermittentes, la forme pernicieuse figurait pour uue proportion de 38, c'est-à-dire un peu plus du quart.

Rien de moins défini dans leur expression symptomatique que les fièvres pernicieuses. Diverse selon les appareils qui supportent la profonde atteinte nerveuse, cette expression varie surtout en raison du mode d'attaque dont les organes sont frappés. De là cette multiplicité de formes dont on trouve la nomenclature dans les auteurs. Onze de nos cas ont particulièrement revêtu la forme cérébrale : accablement mélangé d'agitation et de délire, et même, notamment chez les enfants, de mouvements convulsifs. Sur six malades, le coma plus ou moins voisin de l'apparence apoplectique a été le phénomène prédominant, auquel, chez l'un d'eux, se joignait une hémiplégie prononcée. Sept fois, le mal a pris le caractère d'une violente perturbation abdominale : c'étaient des déchirements d'entrailles, des points douloureux, des défaillances, des constrictions à la région épigastrique, des évacuations bilieuses ou autres, etc. Quatre fois, les symptômes cérébraux et intestinaux réunis simulèrent ou une forte gastro-méningite, ou une fièvre typhoïde intense. Dans deux autres cas, l'aspect fut celui d'une véritable pneumonie. Chez une malade le principe des accidents paraissait consister dans une modification de la sensibilité rachidienne. Les membres, le dos, les parois abdominales étaient le siége de douleurs, de crampes, de fourmillements ; il y avait à la peau une sensation de froid que ne justifiait point la chaleur de cette partie, la sueur exhalait une odeur de souris. J'ai également rencontré isolément les formes algide, névralgique et maniaque. Chez trois individus enfin, les accès présentaient quelque chose d'indéterminé ; il y avait seulement prostration, anxiété profonde, tendance à pleurer, altération des traits, etc.

Les types ont été divers, ainsi que les formes ; comme à l'égard des fièvres simples, le tierce a été le plus fréquent : sur 29 cas seulement où des notes ont été prises à cet égard, le type tierce est mentionné 14 fois, le quotidien 9 fois, le quarte 5 fois. On a signalé des fièvres dans lesquelles un plus long intervalle existait entre le retour des accès. Ceux de mon 29e malade ont affecté le type septenaire, c'est-à-dire se sont reproduits de sept en sept jours. Chose curieuse ! les accès au nombre de 5, ont duré environ quatre jours. Par conséquent l'intervalle apyrétique n'était que de trois jours. Il est rare que de tels types soient d'abord reconnus. La prolongation des premiers accidents détourne nécessairement l'idée d'un accès fébrile, et lorsqu'ils se montrent pour la deuxième fois, on est très-disposé à les considérer comme une rechute, effet de quelque imprudence : ce n'est qu'au troisième ou quatrième accès que le voile se déchire. J'ai pu, il y a sept ans, m'en convaincre

*

sur moi-même à l'occasion, il est vrai, d'une fièvre beaucoup moins importante. Pendant quatre jours je tiens le lit, en proie à un brisement général compliqué de fièvre. Me croyant sauvé, je reprends mes occupations et retombe inopinément le troisième jour. Après une même série de souffrances, relevé, je me ménage, ce qui ne prévient pas une econde récidive. La pensée d'une fièvre intermittente s'offre dès lors à mon esprit ; j'ai recours au fébrifuge. Un quatrième accès survient moins intense et moins prolongé. Ce fut le dernier. Le sulfate de quinine a également coupé, d'une manière rapide, les accès à type septenaire du malade dont j'ai cité plus haut le cas.

On a peu insisté sur les causes des fièvres pernicieuses. L'absence de marais dans le pays, du reste salubre, que j'habitais exclut ici l'idée de l'influence paludéenne, à laquelle on a fait jouer un rôle si important dans la production des fièvres intermittentes en général, et des fièvres pernicieuses dont nous nous occupons en particulier. Conformément à l'opinion émise par MM. Fourcault et Michel, l'action des vicissitudes atmosphériques sur la transpiration cutanée me paraîtrait moins improbable ; mes notes à cet égard sont incomplètes. En tout cas, cette action ne serait pas la seule. D'autres causes, à la fois physiques et morales, ont ostensiblement agi chez plusieurs de nos malades. Un facteur de bois avait dû, par exemple, sa fièvre à une fatigue extraordinaire dans la liquidation d'une vente ; toute la journée il était en course dans la forêt et chez ses clients ; il veillait tard le soir pour apurer ses comptes. Un cultivateur, préoccupé de ses mauvaises affaires, fut surpris au milieu de démarches pénibles que lui occasionnait un procès onéreux. Un troisième fut victime d'inquiétudes analogues. Chez un voiturier, le mal se déclara à la suite de voyages précipités et de la perte de deux chevaux : cet homme était âpre à la besogne et fort intéressé. Mme L... avait l'existence la plus paisible et la mieux ordonnée : surgit un procès pour réparations à un mur mitoyen ; le tourment altère son sommeil et détermine une fièvre pernicieuse. P... s'était refroidi étant en sueur. Chez cinq à six enfin, les accès se sont manifestés dans la convalescence, ou même dans le cours d'autres états pathologiques. F... sortait depuis trois jours d'une bronchite capillaire datant d'une quinzaine. Il y en avait deux que Ch. avait vu disparaître les symptômes locaux d'une grave pneumonie du côté droit. Mme M... relevait d'une couche toute récente encore. La santé de G... était épuisée par une affection organique du cœur ; celle de Mlle S... par une altération analogue des entrailles ; Pig... se trouvait dans la période d'état d'une phlegmasie pulmonaire, et L. F..., à son tour, au sixième jour d'une fièvre typhoïde caractérisée, qui continua

régulièrement son cours après la guérison des accès pernicieux.

Si les particularités qui précèdent ont faiblement attiré l'attention médicale, il n'en est pas de même de la marche fréquemment insidieuse des symptômes. Tout le monde sait que, brusques et saillants quelquefois, plus souvent les premier et second accès sont fugaces et mal dessinés. D'un autre côté, lorsqu'elles ne tuent pas, les crises violentes, ou laissent des traces qui couvrent les intermittences, ou se prolongent de manière, en enjambant sur les suivantes, à constituer ce qu'on appelle les fièvres *sub intrantes*. C'est ce qui rend parfois le diagnostic si incertain. La prévoyance en cette conjoncture ne saurait aller trop loin, quoique pourtant à s'alarmer facilement il y ait aussi écueil. Dans plus d'un cas, je l'avoue, ma perplexité a été grande. Comment, en effet, échapper au doute, là où le jugement qu'on porte est forcément conjectural? Le mal est vaincu au premier accès apparent, qui affirmera qu'il en fût survenu d'autres? ou bien s'il est immédiatement fatal[1], quelle sera la preuve qu'il appartient à l'ordre des fièvres intermittentes pernicieuses? La rémission est obscure, les accès s'enchaînent, la conviction est-elle mieux assurée? N'est-ce pas même souvent après coup, par une analyse rétrospective de l'évolution phénoménale, que cette conviction s'établit?

Quelques faits donneront une idée de l'embarras dans lequel peuvent se trouver les praticiens :

Obs. I. *Accès pernicieux.—Non-administration du sulfate de quinine prescrit.—Mort.* — G., vingt-six ans, souffre d'un anévrysme au cœur qui le rend, depuis plusieurs années, inapte au travail. Plusieurs fois je l'ai traité pour redoublement de ses indispositions. De nouveau je suis appelé, le 30 mars 1831. Dans la nuit, il avait éprouvé de l'agitation, des vomissements. Le matin, il se plaint de fatigue, de céphalalgie, de serrement dans la région épigastrique, qui est sensible à la pression. Le facies est légèrement altéré; du reste nulle accélération fébrile. Je fais une petite saignée et borne le reste de ma prescription à une double tisane de gruau et de tilleul, et à un cataplasme laudanisé. Je ne le vis que tard dans la journée du lendemain : l'agitation nocturne de la veille s'était reproduite, mais, depuis quatre heures du matin, G... se sentait très-soulagé. Ma sécurité était complète en le quittant. Par malheur, l'illusion s'évanouit promptement. Un exprès vint m'avertir à la hâte, au milieu de la nuit, que les accidents ont reparu avec des proportions extrêmes : quoique moindres à mon arrivée sur les cinq heures, ils étaient encore fort intenses : le malade en délire et prostré ne reconnaissait personne; la peau était couverte d'une sueur froide; les gencives fuligineuses, la langue sèche, le pouls inégal,

fréquent et déprimé. Il m'était impossible, en suivant la succession des phénomènes, de ne pas songer à une fièvre intermittente pernicieuse. L'endroit était distant d'une lieue et demie. Vite, j'emmenai avec moi un commissionnaire; mais, fatalité déplorable! en emportant les médicaments prescrits, il oublia l'ordonnance sur le comptoir du pharmacien. Ne sachant dès lors comment administrer le sulfate de quinine, on le négligea d'autant plus volontiers que la crise était passée. On juge ce qui dut s'ensuivre; sur les trois heures du matin, un nouveau paroxysme se déclare; à six heures, le patient agonisait; à sept heures, il avait cessé de vivre.

Obs. II. *Pneumonie, suivie immédiatement d'une fièvre pernicieuse.— Guérison.* — Le 1er mars 1832, je me rendis dans le hameau de T..., chez M. Ch..., malade depuis la veille. A une vive douleur locale se joignaient une forte fièvre, de l'expectoration sanguinolente, visqueuse, de l'oppression, de la crépitation, tous les signes, en un mot, d'une pneumonie violente et étendue du côté droit. Comme cet homme était jeune et robuste, je ne ménageai pas les émissions sanguines. En six jours, son poumon fut entièrement débarrassé. Mais le pouls conservait une fréquence suspecte, qui seule m'empêchait de céder aux manifestations prononcées de l'appétit. Cet état indécis durait depuis trois jours quand, dans la nuit, mon assistance est réclamée d'une manière instante. Il y avait quatre heures que s'étaient déclarés des accidents dont la gravité allait croissant : le délire était furieux, plusieurs personnes suffisaient à peine pour contenir le malade dans son lit. La figure était ravagée, les traits contractés, les dents serrées et grinçantes, la peau partout violacée, brûlante et en transpiration fétide; le pouls inégal et petit, les tendons agités par de continuels soubresauts, le ventre douloureux, rétracté. Par haut et par bas ne cessaient d'avoir lieu des déjections de matière noirâtre. Mon esprit était préparé à quelque événement; l'idée me vint d'abord d'un accès pernicieux; j'attendis son délire, non sans chercher à remédier aux symptômes actuels, qui ne s'apaisèrent un peu que dans la journée. Profitant de la rémittence, je fis administrer en trois doses, de trois en trois heures, 24 grains de sulfate de quinine. La nuit fut assez tranquille, mais il y avait à craindre pour la suivante. En effet, bien que 12 nouveaux grains du fébrifuge eussent été pris dans la matinée, le soir ramena une série pareille de phénomènes. Toutefois, ils furent moins violents et moins prolongés. La nature du mal n'était plus douteuse. J'insistai, bien entendu, sur le spécifique. Il y eut encore, à la même heure et sous semblable forme, trois autres accès, mais de moins en moins

intenses, après quoi le malade entra dans une prompte et franche convalescence.

Obs. III. *Bronchite capillaire; fièvre pernicieuse se déclarant au début de la convalescence. Mort rapide.* — Un fait, en certains points analogue à celui qui précède, fut soumis à mon observation presque en même temps, dans le village d'Ep., à un quart de lieue du hameau de T.., M. F..., cultivateur, soixante-huit ans, me fit appeler dans les premiers jours de mai 1832; il toussait depuis plusieurs jours; la fièvre était forte, la respiration difficile; l'auscultation accusait une bronchite capillaire. Deux fois saigné, le malade prit pour tout traitement des boissons émollientes et pectorales. Une rapide amélioration fut la conséquence de cette médication. Au douzième jour, la poitrine était complétement débarrassée, la fièvre nulle. Déjà M. F... avait reçu quelques bouillons, et il se disposait, trois jours après, à prendre un potage, lorsque j'arrivai. Il était gai et plein de confiance. Ma sécurité, toutefois, n'égalait pas la sienne. En faisant sortir la langue, j'en trouvai la surface rouge et sèche. Le malade avait-il dormi la bouche ouverte? Ce signe dénonçait il quelque lésion cachée? J'interroge avec sollicitude et j'apprends que la veille, sur les quatre heures, M. F... avait été saisi d'un frisson glacial; suivant son expression, il avait *failli mourir*. Ce frisson avait duré plus de trois quarts d'heure, et ne s'était dissipé que sous l'influence de briques chaudes tout autour du corps. Il n'était bruit alors que du choléra. Ne devait-on pas voir là un effet lointain du génie épidémique? Je m'en retournai pensif et me promettant d'être matinal le lendemain. Ce soin, malheureusement, me fut épargné. Vers les sept heures du soir, quelqu'un vint m'annoncer que, saisi, immédiatement après mon départ, des mêmes accidents que la veille, M. F.., avait inopinément succombé en moins de deux heures. N'avais-je pas affaire à une fièvre intermittente pernicieuse? Je ne pus échapper à la triste conviction d'avoir méconnu la maladie. Une consolation adoucit pour moi le regret de cette méprise; eussé-je précisé le diagnostic, le temps, m'aurait manqué pour conjurer l'issue funeste du mal.

Obs. IV. *Fièvre pernicieuse prise au début pour une méningo-encéphalite.—Administration du sulfate de quinine au troisième accès. Guérison.* — J'ai cité plus haut le cas d'un facteur de vente, vieillard de soixante et onze ans, déjà valétudinaire. Ce cas offrit des motifs particuliers d'hésitation. Un excès de fatigue, comme nous l'avons dit, détermine chez M. C... du malaise. L'appétit se perd, le teint devient jaune, la tête douloureuse, le sommeil mauvais. Par précaution, le malade se fait saigner; mais loin d'en éprouver du soula-

gement, la céphalalgie augmente, et dès le soir du lendemain se manifestent de la prostration et du délire qui s'accroissent pendant la nuit. On m'appelle de bonne heure, le 5 juillet 1832; mais mon embarras est grand. Une certaine accélération du pouls, la persistance de la douleur frontale, l'exacerbation nocturne des symptômes cérébraux pouvaient signifier une méningo-encéphalite au début, aussi bien qu'une fièvre pernicieuse. J'inclinais même vers le premier diagnostic. En examinant d'ailleurs l'évolution morbide, il m'apparut, d'après le récit de M. C..., que l'affection périodique, si tant est qu'elle existât, avait le type tierce, en était au second accès, et que, dans cette hypothèse, le troisième ne devant se produire que dans la nuit du lendemain, il y avait un intervalle suffisant pour l'administration du spécifique. Ayant communiqué mes anxiétés à sa famille, je provoquai une consultation. Les idées relatives au sulfate de quinine n'étaient pas, à cette époque, ce qu'elles sont aujourd'hui. Il était naturel que je craignisse d'ajouter à l'irritation cérébrale par l'emploi préventif d'un médicament considéré comme tonique et excitant. Le 6, à peine au lever du soleil, M. Gonard, médecin à Pacy-sur-Eure, se réunit donc à moi. La veille, j'avais pratiqué une seconde saignée et prescrit un grand bain, des sinapismes aux jambes, des lotions réfrigérantes sur le front. Soit cette médication, soit l'apyrexie, la nuit avait été tranquille. M. C..., rafraîchi par un sommeil passable, ressentait du bien-être : plus de céphalalgie, peau fraîche, pouls normal. Pensant que ce résultat dépendait des moyens énergiques que j'avais employés, mon confrère n'aperçut point de raisons de modifier la direction suivie. Cette opinion eut d'autant plus d'autorité à mes yeux, qu'elle s'accordait avec mon propre penchant. Je remportai le sulfate de quinine dont je m'étais muni par prévoyance.

Cependant, dès les soir, s'annoncent les signes d'un terrible accès, et lorsque j'arrive, à minuit, la situation de M. C.... semble désespérée. Tout le corps est dans une agitation extrême, la figure est bouleversée; la loquacité continuelle et limitée à quelques phrases inintelligibles. Il répète à satiété ces mots : Oh! mon Dieu, *la première venue*, ôtez-moi la première venue. Toute connaissance est anéantie. De suite je fis mettre quinze sangsues derrière les oreilles et prendre quelques cuillerées d'une potion diffusible. La conjoncture était grave; je demandai un lit dans la maison, afin d'être à portée de surveiller l'issue de la crise. Vers cinq heures, un mieux marqué commença à se produire. M. C. cessa de s'agiter et de bavarder, quoique ne reprenant qu'imparfaitement la liberté de ses idées. Je m'empressai d'administrer une dose de 60 centigrammes de sulfate de quinine, que je réitérai deux

heures après. A trois heures de l'après-midi, j'en prescrivis une troisième dose de 30 centigrammes, et nous attendîmes le lendemain. L'état était resté à peu près le même. A deux reprises, vers neuf heures du matin et à quatre heures du soir, 80 centigrammes de l'antipériodique furent encore administrés. L'accès n'en éclata pas moins au moment prévu, mais il fut beaucoup moins intense. Il en survint même trois autres malgré le médicament qui fut continué à doses décroissantes pendant plusieurs jours après la disparition complète de la maladie.

(*La fin au prochain numéro.*)

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR LE CHLOROFORME, SUIVIE DE QUELQUES REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LE CHLOROFORME ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR.

Par le docteur F.-A. Aran, médecin des hôpitaux.

En vous adressant une observation d'empoisonnement par le chloroforme, je n'ai certainement pas l'intention de jeter du discrédit sur l'emploi d'un médicament aussi précieux. Au contraire, depuis un an que je fais un usage presque journalier de cet anesthésique, que je l'administre à l'intérieur dans le traitement de l'hystérie, des coliques spasmodiques, de la colique de plomb, etc., j'ai pu me convaincre combien les craintes qui en restreignent l'emploi à des doses extrêmement faibles sont peu fondées sur l'observation des faits. J'ai donné successivement à un grand nombre de malades 20, 30, 40, 50, 100 et même 150 gouttes de chloroforme dans les vingt-quatre heures, tant en potion qu'en lavement, et non-seulement je suis encore à en voir le moindre accident, mais encore, dans la plupart des cas, les effets physiologiques ont été presque nuls, et tout au plus si quelques malades ont éprouvé cette légère ivresse que donne le vin de Champagne. Le fait que je vous demande la permission de faire passer sous les yeux des lecteurs du *Bulletin* vient encore à l'appui de ce que j'avance; car, ainsi que vous allez le voir, bien que la dose du médicament, ingérée en une seule fois, et qui a donné lieu aux phénomènes d'empoisonnement, ait été très-considérable, le malade ne s'en est pas moins rétabli. Il en a été de même dans le fait que vous avez inséré d'après un journal anglais, et dans lequel un jeune homme de ving-deux ans, après avoir avalé en une seule fois 128 grammes de chloroforme, a été pris d'accidents très-graves auxquels il n'a pas, cependant, succombé; et si une dame, dont M. Bagot a communiqué l'histoire à la Société chirurgicale d'Irlande, a éprouvé, à la suite de l'administration de 6 à 8 grammes de chloroforme, des accidents comateux assez intenses, ces

accidents se sont dissipés assez rapidement, sans laisser après eux aucune trace. Voici maintenant le fait que j'ai observé :

Morel (François-Désiré) âgé de trente-un ans, peintre en bâtiments, est entré à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Paul, nº 47) le 9 mars dernier. Cet homme, d'une constitution forte et robuste, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, exerce depuis l'âge de onze ans la profession de peintre en bâtiments. Il ne l'a interrompue que pendant les sept années qu'il a passées sous les drapeaux comme militaire. Pendant qu'il a travaillé de son état de peintre, il n'a pas eu de coliques de plomb ; mais, il y a deux ans, par suite du défaut d'ouvrage, il s'est vu contraint de travailler à la fabrication du blanc de céruse, et après neuf semaines de ce travail, il a été pris d'une violente colique de plomb, pour laquelle il a subi pendant trois semaines un traitement, probablement par les purgatifs. A sa sortie de l'hôpital, il conservait encore de la difficulté à aller à la garderobe et quelques coliques ; mais, un mois après, le rétablissement était complet. Depuis cette époque, il s'est bien porté jusqu'aux premiers jours de mars. Il était employé depuis près de cinq semaines chez un peintre, comme broyeur de couleurs ; le 5 mars, il a ressenti une barre à la région épigastrique, avec dégoût pour les aliments ; il a été à la garderobe dans la journée ; mais le soir il n'a pu réussir à y aller. Sur l'avis d'un camarade, il a pris le lendemain de l'huile de ricin, qu'il a vomie. Dans la journée du 6 mars, les coliques ont paru, avec des vomissements bilieux presque continuels ; brisement des membres, constipation, insomnie. Ces symptômes continuant et augmentant d'intensité de jour en jour, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Etat actuel le 10 mars. Face pâle, jaunâtre, avec aspect de souffrance et d'anxiété ; léger teinte ictérique des sclérotiques ; dents couvertes d'un enduit jaune sale ; léger liséré bleuâtre à la base de quelques dents, avec boursouflement des gencives ; perte complète d'appétit ; nausées continuelles ; soif vive, et dès que le malade veut boire, il est pris de vomissements (depuis hier, il a rempli cinq grandes cuvettes de vomissements verts porracés) ; pouls très-lent, médiocrement développé (44 à 48 pulsations) ; respiration précipitée (28 à 32 inspirations) ; ventre un peu rétracté à sa partie supérieure ; sensation de barre à la région épigastrique ; douleur tormineuse dans le même point, soulagée par la pression ; debout, il éprouve des douleurs sur le trajet des canaux inguinaux ; pas de difficulté pour uriner ; mais il n'a cependant uriné que deux fois depuis le 5 mars ; brisement dans les membres ; raideur douloureuse dans les jointures, dans celles des membres inférieurs surtout ; crampes de temps en temps et tremblements ; con-

stipation invincible depuis le début des accidents ; pas de troubles cérébraux ; néanmoins, la sensibilité cutanée et celle des muqueuses est notablement diminuée; l'anesthésie est moindre cependant sur l'abdomen que sur le reste du corps; l'insensibilité de la conjonctive scléroticale contraste avec la sensibilité très-vive de la cornée. (Application sur la région épigastrique d'une compresse humide, pliée en plusieurs doubles et arrosée de 30 à 40 gouttes de chloroforme ; julep avec 30 gouttes de chloroforme à prendre par cuillerée ; un lavement simple, immédiatement suivi d'un quart de lavement avec jaune d'œuf n° 1 et chloroforme, 20 gouttes ; bains sulfureux ; limonade tartrique, 2 pots ; 2 bouillons.)

Le 11 mars. Soulagement pendant une demi-heure à la suite de l'application topique du chloroforme ; le bain sulfureux a beaucoup noirci la peau et a été suivi de soulagement dans les douleurs arthralgiques ; les deux lavements n'ont pas déterminé de garderobes ; le second a été gardé trois quarts d'heure seulement. Le malade a été soulagé par la potion ; néanmoins, il a encore vomi dans la journée et dans la nuit. La douleur de la région épigastrique s'est calmée ; elle existe maintenant à la région hypogastrique ; trois mictions douloureuses et difficiles depuis hier. Face moins altérée ; le pouls s'est relevé (56 pulsations). — Application de chloroforme sur la région hypogastrique ; julep avec 50 gouttes de chloroforme ; lavement simple et quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme ; bain alcalin ; diète.

Le 12 mars. Soulagement pendant cinq quarts d'heure, à la suite de l'application du chloroforme ; le malade s'est bien nettoyé ; il a pris sa potion et ses lavements. Calme jusqu'à cinq heures du soir ; à ce moment, les coliques ont reparu à l'épigastre, descendant vers l'hypogastre ; il en a souffert toute la nuit et a peu dormi. Pouls à 56 ; pas de garderobes ; les lavements ont été rendus tels qu'ils ont été pris ; un seul vomissement. Cette apparition des douleurs dans la soirée, ayant appelé notre attention, le malade nous l'explique par le fait qu'il consomme sa potion et prend ses lavements dans la journée, de sorte qu'il ne lui reste plus de médicaments pour la nuit ; en conséquence, nous lui prescrivons 2 juleps, chacun avec 30 grammes de chloroforme, un pour la journée, un pour la nuit ; deux lavements simples et deux quarts de lavement avec 30 gouttes de chloroforme chaque, deux pour la journée et deux pour la nuit. Bain sulfureux. Application de chloroforme sur le ventre ; 2 bouillons, 2 potages.

Le 13 mars. Le bain sulfureux a encore coloré la peau en noir, principalement aux mains et dans les replis de la peau. La prescription d'hier a été rigoureusement exécutée. Dans la journée, à la suite du

second lavement, il y a eu deux garderobes liquides peu abondantes ; quelques nausées ; pas de vomissements ; les douleurs de ventre ont été suspendues entièrement jusqu'à dix heures du soir ; peu de sommeil ; pouls à 64 ; l'appétit commence à paraître ; douleur légère à la partie supérieure du ventre, encore assez vive à la partie inférieure ; le malade a uriné très-abondamment ; comme il présente quelques nausées pendant l'interrogation, nous lui administrons 10 gouttes de chloroforme dans une cuillerée d'eau. (Même prescription que la veille, plus un bain alcalin ; une portion.)

Le 14 mars. Calme complet jusqu'à quatre heures de l'après-midi ; à ce moment et à minuit, coliques pendant une demi-heure environ ; pas de nausées ni de vomissements ; pas de garderobes ; le malade se plaint de picotements douloureux dans la peau de la face antérieure de la poitrine et à la partie postérieure des bras et des épaules, picotements si désagréables, qu'il est obligé de laisser sa poitrine découverte ; l'anesthésie persiste. Encore un peu de douleur à la région hypogastrique. (Même prescription ; bain sulfureux ; une portion.)

Le 15 mars. La peau a un peu bruni par le bain sulfureux. Pas de garderobes : pas de nausées, pas de vomissements. Quelques coliques dans la nuit et ce matin seulement. Pouls à 68 ; un peu de douleur à la région épigastrique. (Même prescription ; bain alcalin ; une portion.)

Le 16 mars. Pas de coliques ni de garderobes ; appétit ; un peu de douleur à l'hypogastre ; douleurs arthralgiques qui troublent le sommeil. (Même prescription ; bain sulfureux ; deux portions.)

Le 17 mars. Garderobe très-abondante hier, après le premier lavement, composée en partie de matières dures ; grand soulagement immédiatement après. Encore de la sensibilité dans le ventre, mais très-supportable. Face naturelle ; pouls à 72 ; appétit ; très-peu de douleurs arthralgiques. (Même prescription.)

Le 18 mars. Journée d'hier parfaitement calme ; pas de coliques ; le malade est allé très-facilement et très-abondamment à la garderobe ; mais, dans la soirée, il s'est empoisonné avec le chloroforme, dans les circonstances suivantes :

Il avait pris dans la journée la première potion de chloroforme et les deux premiers lavements ; il venait de prendre les deux autres, vers six heures et demie ou six heures trois quarts du soir, et s'était couché immédiatement après l'administration du dernier quart de lavement, afin de le garder comme il en avait l'habitude. Il tendit la main machinalement pour saisir, sur le dossier de son lit, le flacon contenant la seconde potion de chloroforme ; mais on avait laissé par mégarde, à côté de cette potion, le flacon de chloroforme qui était par hasard bou-

ché avec un bouchon de liége, de sorte que le malade, approchant le flacon de ses lèvres sans défiance, en avala une forte gorgée, sans se déranger. Averti par la sensation de chaleur et de brûlure que le passage du liquide détermina vers l'arrière-gorge, l'œsophage et l'estomac, il regarda l'étiquette et reconnut alors son erreur. Il se hâta de boire de l'eau en abondance, fit quelques efforts pour vomir, mais sans réussir à autre chose qu'à rendre quelques mucosités. Dix minutes après environ, il eut quelques grincements de dents et commença à tenir des discours sans suite. Quelques minutes après, il s'assit sur son lit et se mit à chanter. L'interne de garde, appelé immédiatement, le trouva assis sur son lit, les yeux brillants, la face animée, ne paraissant pas reconnaître les personnes qui l'entouraient, chantant et interrompant de temps en temps ses chants pour tenir des discours sans suite; déjà l'insensibilité avait commencé; les pincements, les tiraillements, les piqûres ne paraissaient avoir sur lui aucune influence; interrogé, il paraissait entendre et répondait par un son inarticulé, pour reprendre ensuite ses chants ou son délire; tremblements dans les muscles de la face et dans les membres, avec de la carphologie et des mouvements de la main comme pour arracher quelque chose de la bouche; la pupille n'était ni dilatée, ni contractée, mobile; cependant la vue était abolie; pouls entre 72 et 80 pulsations. Un verre d'eau sucrée avec quelques gouttes d'ammoniaque liquide ne calma en rien les accidents.

Le délire et les chants ne furent pas de longue durée; vingt ou trente minutes au plus après l'accident, le malade se couchait et s'endormait profondément; d'abord le sommeil n'était pas très-profond et on pouvait le réveiller en le stimulant; mais le sommeil devint bientôt de plus en plus profond, et, à partir de huit heures du soir, il était tombé dans un assoupissement complet avec ronflement; anesthésie générale et résolution des membres, rotation des cornées en haut et en dedans sous les paupières abaissées, sans dilatation ni contraction des pupilles, qui avaient conservé leur mobilité, sans gêne apparente de la respiration. Justement effrayé de cet état, l'interne de garde fit appliquer 16 sangsues derrière les oreilles, huit de chaque côté, et donner un lavement purgatif. Peu à peu, le malade ouvrit les yeux, mais sans parler; vers dix heures un quart, il ne ronflait plus, paraissait reconnaître les personnes qui l'entouraient, mais n'avait pas encore recouvré la parole. Vers minuit, on le leva pour faire son lit; il put se tenir debout quelques instants, quoique chancelant un peu sur ses jambes et semblable à un homme ivre. Recouché immédiatement, il s'endormit d'un sommeil calme jusqu'au matin, et voici dans quel état nous le trouvâmes nous-même le lendemain vers huit heures du matin :

Le malade ne se rappelait rien de ce qui lui était arrivé, à partir du moment où il avait commencé à avoir de la carphologie, c'est-à-dire à partir du commencement du délire. Face un peu altérée, amaigrie ; fatigue générale; peau un peu chaude, moite; pouls à 96 ; langue blanche, humide; muqueuse buccale parfaitement intacte ; pas de peine pour avaler ; sensibilité à l'épigastre. (Bain entier ; limonade tartrique ; deux cataplasmes laudanisés ; deux portions.)

Le 19 mars. Sept ou huit garderobes de matières épaisses et noires dans la journée et dans la nuit. Quelques douleurs dans le bas-ventre, hier principalement, après les garderobes. Sensibilité à la pression de l'ombilic et de l'épigastre. Pouls de 84 à 88 ; pas de céphalalgie ; bon sommeil la nuit. (Même prescription ; bain sulfureux ; deux pilules d'extrait aqueux thébaïque de 5 centigrammes.)

Le 20 mars. Quatre garderobes spontanées dans la journée d'hier ; quelques coliques dans la nuit ; pouls à 76 ; langue humide, blanche ; bon appétit ; un peu de sensibilité autour de l'ombilic. (Limonade tartrique ; bain sulfureux ; potion avec 40 gouttes de chloroforme ; deux cataplasmes laudanisés ; trois portions.)

Le 21 mars. Trois garderobes spontanées et abondantes dans la journée d'hier ; le malade a pris sa potion dans la soirée et l'a vomie dans la nuit ; pas de coliques, ni la nuit ni le jour ; pouls à 60 ; peu de sommeil la nuit, mais sans douleur. (On supprime la potion ; julep avec 30 gouttes de laudanum, à prendre par cuillerée, dans la soirée et dans la nuit ; deux cataplasmes laudanisés ; trois portions.)

Le 22 mars. Le malade va très-bien ; à peine quelques douleurs vagues dans le ventre ; quatre garderobes. Il est encore resté à l'hôpital pour prendre quelques bains sulfureux et un bain de vapeur ; il quitte l'hôpital parfaitement guéri le 25 mars.

Laissons de côté, pour le moment, la première partie de l'observation, celle qui a trait à la colique de plomb et à son traitement par le chloroforme, pour nous en tenir à la seconde, celle qui retrace avec détails les circonstances de l'empoisonnement par cet anesthésique. Je crois inutile d'insister sur les phénomènes présentés par le malade, tant ces phénomènes rappellent de la manière la plus évidente ceux que déterminent les inhalations chloroformiques poussées très-loin. Ainsi se trouve réfuté ce que l'on avait dit de la différence qu'offre le mode d'action du chloroforme, suivant qu'il est administré par la voie gastro-intestinale ou par les voies respiratoies. M. Pirogoff et M. Dupuy n'avaient-ils pas démontré depuis longtemps que, par l'introduction du chloroforme dans le rectum, on peut aussi bien obtenir l'anesthésie, que par la voie athmiatrique?

Il est un point relatif à cette observation que nous n'avons pu élucider d'une manière complète, c'est celui qui est relatif à la quantité de la substance anesthésique ingérée. Pour arriver à cette détermination d'une manière aussi précise que possible, nous nous y sommes pris de deux manières : nous avons dit au malade d'introduire successivement dans la bouche une cuillerée, une cuillerée et demie, deux cuillerées d'eau, et de voir à laquelle de ces trois quantités il évaluait ce qu'il avait pris de chloroforme. Le malade l'a évalué à deux cuillerées. Comme contre-épreuve, nous avons fait remplir d'eau le flacon qui avait renfermé le chloroforme au moment de l'accident, et, faisant exécuter sous nos yeux par le malade ce qui s'était passé au moment de l'accident, nous avons mesuré la quantité d'eau avalée et nous avons trouvé un peu plus de deux cuillerées. Puis, la cuiller du malade, qui avait servi à ces évaluations, a été envoyée à la pharmacie pour faire peser la quantité de chloroforme qu'elle pouvait contenir. Cette quantité a été trouvée de 23 grammes, de sorte que nous ne croyons pas aller au delà de la vérité en affirmant que le malade a ingéré entre 30 et 40 grammes de chloroforme. Néanmoins, nous le répétons, ce n'est là qu'une approximation et une approximation très-grossière.

Quant à expliquer comment des doses aussi considérables de chloroforme ont pu pénétrer dans la circulation sans déterminer la mort, il nous semble que la chose ne présente pas de grandes difficultés. Il résulte, en effet, des recherches de plusieurs observateurs, et en particulier de celles si intéressantes de M. Snow, que l'élimination du chloroforme s'opère, avec la plus grande rapidité, immédiatement après son introduction dans le torrent circulatoire, et que cette élimination se fait principalement par la surface pulmonaire. Nous-même nous avons été averti par les malades que les lavements de chloroforme donnaient lieu, après dix minutes ou un quart d'heure, à l'exhalation de vapeurs de chloroforme, qui se prolongeait pendant plusieurs heures, suivant la quantité du médicament administrée par le rectum. Il suit de là que le chloroforme est un médicament qui ne séjourne pas dans l'économie, qui tend à en disparaître, à s'en éliminer, et qui, à ce titre, ne présente pas les dangers de certains autres médicaments qui séjournent un certain temps dans l'économie, à plus forte raison de ceux dont les quantités et les effets s'accumulent.

Ainsi qu'on l'a vu, le traitement mis en usage chez ce malade a consisté en l'administration de quelques gouttes d'ammoniaque liquide, des sangsues derrière les oreilles et un lavement purgatif. L'ammoniaque ne paraît avoir eu aucune influence, et cela se comprend, parce qu'il a été employé au plus fort de l'intoxication. Les sangsues et le

lavement purgatif ont mieux réussi : et cependant nous pensons qu'on aurait tort d'attacher une trop grande importance à l'emploi exclusif de ces deux moyens. Nous aurions préféré, pour notre part, l'emploi de l'infusion du café noir, les affusions froides sur la tête, les sinapismes promenés sur les extrémités, moyens dont l'efficacité a été si souvent vérifiée dans l'empoisonnement par l'alcool, par l'éther, par l'opium, etc.

Nous sera-t-il permis de profiter de la publication de ce fait pour remettre sous les yeux des praticiens les bons effets du traitement que nous mettons journellement en usage contre la colique de plomb, et dont les résultats avaient été si favorables chez ce malade? Nous avons déjà dit dans ce journal en quoi il consiste : Application de chloroforme *loco dolenti,* si les douleurs de ventre sont assez vives ; administration de 30 à 40 gouttes de chloroforme dans une potion et autant en lavements ; bains sulfureux et alcalins alternativement. Dans le cas précédent, l'intensité des accidents nous avait obligé à doubler la dose de chloroforme et à donner, matin et soir, une potion et un lavement, avec 30 gouttes de chloroforme chaque, de sorte que le malade en prenait 120 gouttes, ou 4 gr. 80 cent. dans les vingt-quatre heures. Or, sous l'influence de ce traitement, dès le second jour il y avait un soulagement notable dans les douleurs, et ce soulagement a été toujours augmentant en durée et en intensité ; dès le deuxième jour aussi les vomissements bilieux avaient cessé et le pouls s'est relevé sensiblement. Le troisième jour, il y a eu deux garderobes ; néanmoins, la liberté du ventre n'a été rétablie entièrement et complétement qu'à partir du septième jour, bien que, dès le quatrième jour, l'appétit se fût montré très-vif, et que le malade se levât tous les jours et mangeât une et deux portions. Nous signalons cette particularité propre à ce traitement, et en vertu de laquelle un malade, encore sous le coup d'une colique de plomb, et chez lequel les garderobes ne se sont pas rétablies, recouvre l'appétit, mange et digère avec facilité, bien que la constipation ne soit pas vaincue.

Depuis que j'ai publié, dans votre estimable journal, mon mémoire sur l'emploi du chloroforme dans le traitement de la colique de plomb, j'ai eu l'occasion d'étudier, sur une vaste échelle, certains traitements recommandés comme très-efficaces, et en particulier celui par les purgatifs et celui par l'alun. Je suis bien loin de nier l'efficacité du premier, et même je ne suis pas éloigné de penser que, rigoureusement, les purgatifs devraient toujours figurer dans le traitement de la colique de plomb, mais seulement associés à d'autres médicaments ; car, administrés seuls, ils ne sont efficaces qu'à condition d'être très-énergiques,

et, dans ce cas, le soulagement est acheté par des douleurs très-vives ; dans beaucoup de cas même, le soulagement n'est que momentané. Quant à l'alun, je regrette de ne pouvoir exprimer, à l'égard de ce traitement, une opinion aussi favorable. Quoique je l'aie employé à doses croissantes, et que j'en aie donné jusqu'à 12 grammes par jour, le soulagement a toujours été lent à se produire, et, dans certains cas, les malades conservant, après six et huit jours, leur constipation et leurs douleurs, je me suis vu obligé de renoncer au traitement. J'ajouterai, cependant, que l'alun m'a paru agir favorablement dans la colique de plomb, en ce sens que son emploi permet de recourir aux purgatifs les plus doux, tels que l'huile de ricin, par exemple, et que ces purgatifs suffisent alors pour rétablir la liberté du ventre.

Et, maintenant, ai-je besoin de dire que je n'attache à ce traitement de la colique de plomb par le chloroforme d'autre importance que celle que Stoll reconnaissait à l'opium, que celle que M. Bretonneau, et plus récemment M. Malherbe, ont attachée à l'emploi de la belladone, à savoir, de calmer l'élément spasmodique qui joue un rôle si important dans la colique de plomb, et qui constitue à lui seul une indication principale ? Seulement, le chloroforme me paraît présenter cet avantage, qu'il peut être administré à d'assez hautes doses, sans qu'on ait à se préoccuper des conséquences de son emploi, comme pour l'opium et la belladone, son élimination s'opérant, ainsi que je l'ai dit, avec la plus grande rapidité. Bien entendu, cependant, que le chloroforme, pas plus que l'opium et la belladone, ne sauraient être employés seuls, et qu'il faut toujours chercher à débarrasser le plus promptement possible l'économie du poison métallique qu'elle renferme. A cet égard, je me demande même comment on n'emploie pas plus souvent les bains de vapeur que les bains alcalins, pour débarrasser la peau de la couche de plomb, transformé en sulfure par les bains sulfureux. Ne vous semble-t-il pas que les pores de la peau seraient ainsi plus facilement désobstrués de la portion de métal logée dans leur intérieur ?...

F. A. Aran.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS LE CAS D'ÉTROITESSE EXTRÊME DU BASSIN.

Une discussion qui fera époque dans les annales de la science, tant par l'importance de la question qui y a été agitée et par la solution qu'elle y a reçue, que par le talent dont ont fait preuve pendant son

cours la plupart des académiciens qui y ont pris part, a occupé, pendant plus d'un mois, les séances de l'Académie. Pour la première fois, cette grande question de l'avortement provoqué a été portée devant ce corps savant, et cette opération a été longuement et consciencieusement discutée au point de vue moral et religieux, comme sous le rapport médical. Sans entrer dans l'exposition minutieuse et détaillée de tous les arguments qui ont été produits pour ou contre l'avortement provoqué, nous devons compte à nos lecteurs des impressions générales que cette discussion nous a laissées, des convictions vers lesquelles elle nous a entraîné, ou plutôt dans lesquelles elle n'a fait que nous confirmer.

Rappelons d'abord en quelques mots le fait qui a été le point de départ de cette discussion. Une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la troisième fois, vint, dans le courant de novembre 1850, réclamer les soins et les conseils de M. Lenoir. Déjà en juin 1846, étant enceinte pour la première fois, elle était entrée à l'hôpital des cliniques, où M. Cazeaux, chargé par intérim du service des accouchements, crut devoir provoquer l'avortement à trois mois et demi de grossesse. Huit ou dix mois plus tard environ, elle se présenta de nouveau au même hôpital, où M. le professeur Dubois se décida à pratiquer la même opération; et cette fois encore, les suites n'en furent pas moins heureuses. Ces antécédents devaient naturellement faire soupçonner une mauvaise conformation du bassin; et bientôt l'examen minutieux des difformités offertes par la colonne vertébrale, l'incurvation des membres inférieurs, les résultats de la mensuration pratiquée à l'extérieur et à l'intérieur de la cavité pelvienne l'eurent convaincu, comme l'avaient été avant lu MM. Cazeaux et Dubois, qu'un enfant à terme ne pouvait être extrait par les voies naturelles à travers un bassin dont le plus petit diamètre offrait 5 centimètres, et qu'en laissant la grossesse se développer jusqu'au dernier mois l'opération césarienne devenait l'unique ressource. Effrayé par les conséquences si graves et malheureusement si ordinaires de l'hystérotomie, encouragé par les résultats des deux opérations que la malade avait déjà subies, M. Lenoir se décida pour l'avortement, et cette troisième fois encore, les suites furent des plus simples; car, huit jours après, la malade quittait la maison de santé, parfaitement guérie.

C'est un devoir pour nous de remercier M. Lenoir d'avoir mis l'Académie, en quelque sorte, en demeure de se prononcer au sujet de cette question si grave et si controversée, en livrant à la discussion un fait de sa pratique, et cette conduite est d'autant plus digne d'éloges que M. Lenoir avait eu soin de couvrir sa responsabilité en prenant l'avis d'un grand nombre de ses confrères des hôpitaux, et qu'il pou-

vait s'appuyer de plus, nous l'avons dit, sur la conduite tenue antérieurement chez la même femme, dans deux autres grossesses, par M. P. Dubois et M. Cazeaux. Mais M. Lenoir a senti que les conditions favorables qu'il avait rencontrées lui-même sous tant de rapports n'existeraient pas toujours pour d'autres, et il s'est demandé ce qui serait arrivé si, au lieu d'un succès obtenu par lui, il avait eu un revers ; il s'est demandé enfin si des poursuites judiciaires, si une condamnation même ne pourraient pas atteindre un jour le chirurgien qui imiterait sa conduite, et il a pensé qu'il y aurait peut-être quelque utilité pour la pratique à provoquer de la part de l'Académie une approbation ou un blâme qui, empruntant à la haute position occupée par ce corps savant une autorité incontestable, servirait pour toujours de règle absolue. Chargé par ce corps savant de répondre à la question posée par M. Lenoir, M. Cazeaux a présenté à l'Académie un rapport, longuement et consciencieusement élaboré, dans lequel, passant en revue tous les arguments présentés tant au point de vue de la loi civile et religieuse que de la pratique médicale contre l'avortement provoqué, dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, il s'est attaché à montrer que l'avortement n'avait rien de répréhensible ni de contraire à la loi civile et religieuse lorsqu'il est pratiqué dans ces circonstances exceptionnelles. Comprenant néanmoins qu'une pareille solution pouvait bien n'être pas acceptée par tous les esprits, il s'est hâté d'en affaiblir la portée, en réclamant pour lui seul la responsabilité de cette solution et de cette doctrine absolue ; et, conformément à son avis, l'Académie s'est bornée à donner son assentiment à la conduite tenue par M. Lenoir, dans ce cas particulier, où notre confrère, placé en présence d'un rétrécissement *de moins de deux pouces*, se trouvait dans la dure nécessité d'enrayer la grossesse, s'il ne voulait pratiquer, au terme de la gestation, l'opération césarienne et vouer par là cette femme à une mort certaine.

Dans la discussion dont M. Cazeaux a porté seul tout le poids et dans laquelle il a eu à lutter contre des hommes d'un talent éprouvé, tels que MM. P. Dubois et Danyau, non-seulement cet honorable confrère a fait preuve d'une connaissance approfondie des questions qui se rattachent à l'avortement provoqué, mais encore il a déployé, avec une grande habileté de dialectique, un talent oratoire incontestable. Et, cependant, nous sera-t-il permis de dire que nous ne saurions accepter d'une manière absolue les principes émis sur cette matière par les partisans de l'avortement provoqué ? Nous ne faisons pas même exception en faveur de M. Velpeau, qui, cependant, a mis au service de cette cause des arguments dont nous sommes loin de con-

tester la valeur. C'est que, dans leur argumentation, les défenseurs de l'avortement semblent n'avoir jamais eu en vue que les résultats de l'opération césarienne, tels que nous les présentent les statistiques modernes, c'est-à-dire considérés en bloc, sans aucune distinction entre les faits recueillis dans les hôpitaux et dans la pratique civile, dans les grandes villes et dans les campagnes. Oui, sans aucun doute, l'opération césarienne, si nous la jugeons par les faits observés à Paris, où, depuis cinquante ans, on est encore à avoir un succès pour la mère, est une opération désastreuse et devant laquelle tout chirurgien prudent reculera quand il pourra l'éviter ; les partisans de l'avortement provoqué ont donc beau jeu à rapprocher les résultats de cette pratique, qui, si elle sacrifie l'enfant, sauve presque toujours la mère, des résultats de l'opération césarienne qui, d'après les statistiques, ne compterait qu'un succès sur cinq opérations, et, à plus forte raison, des résultats toujours funestes de cette opération à Paris. Mais ce qui est vrai pour Paris, l'est-il également pour les femmes des campagnes? Qu'ils fassent le départ entre les faits d'opération césarienne par catégories, et nous ne craignons pas de dire que les proportions changeront, et que si, par exemple, à Paris on ne compte pas un succès, si dans les hôpitaux des grandes villes on perd quatre opérées sur cinq, dans la pratique civile, dans les campagnes surtout, on n'en perd peut-être pas une sur deux. N'avons-nous pas publié nous-même, dans ces derniers temps, plusieurs faits d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant? Nous pouvons ajouter qu'un chirurgien distingué de Lyon nous écrivait dernièrement que, sur trois opérations césariennes, il n'avait perdu aucune femme et qu'un seul enfant avait succombé. Un tel résultat, observé dans l'hôpital d'une grande ville comme Lyon, montre la réserve qu'il importe de tenir dans des questions d'un ordre aussi élevé. Que dans les hôpitaux de Paris on n'hésite pas, nous le comprenons, en présence d'un rétrécissement extrême du bassin ; mais en province, où les résultats de l'opération ne sont pas aussi constamment funestes, nous comprenons l'hésitation et nous allons plus loin, nous serions désolé qu'il en fût autrement.

Ce qui nous frappe plus, en effet, que les dangers de l'opération césarienne elle-même, c'est la crainte que l'avortement provoqué, légitimé en quelque sorte par la discussion et par la décision académique, ne soit pratiqué avec trop de facilité dans des cas dans lesquels il ne serait pas indispensable. Il y a plus, c'est que, si certains actes peuvent trouver quelquefois leur excuse dans des motifs très-graves et très-puissants, si des intentions pures peuvent absoudre la main qui

frappe ou qui tue, on ne saurait jamais faire une loi d'une pareille conduite, on ne pourrait jamais en faire un devoir. Nous partageons donc, sur ce point, l'opinion émise par M. Danyau et par plusieurs autres académiciens : on ne saurait tracer une règle de conduite absolue dans les cas de ce genre. Là où les uns verront une indication de l'avortement provoqué, il est possible que d'autres reculent devant une si cruelle extrémité, et si nous ne condamnons pas les premiers, qu'on nous permette de sympathiser davantage avec les seconds. Car, à notre avis, le mandat du médecin auprès des malades n'est illimité qu'autant que les moyens auxquels il a recours ne blessent pas les lois morales ; il est, par conséquent, bien peu de circonstances dans lesquelles il lui soit permis de se mettre au-dessus de ces lois. Rappelons-nous, d'ailleurs, comme l'a dit J. Franck, que « lorsqu'on est appelé à juger médicalement des lois, il ne faut jamais oublier que les hommes, en se réunissant en société, ont dû renoncer à un grand nombre des avantages de l'état de nature, et que si le médecin, envisageant les choses sous une seule face, voulait accuser trop haut l'absence de ces avantages, il renverserait les principes fondamentaux de l'Etat et deviendrait l'auteur de maux plus terribles que ceux qu'il veut déraciner. » Et puisque nous sommes en voie de citations, qu'il nous soit permis, pour compléter la pensée de Frank, d'en emprunter une à un auteur que nous aimons à suivre dans les questions de déontologie médicale : « Il est une grave erreur à éviter, a dit M. Max Simon ; cette erreur consiste à ne jamais chercher dans l'individu lui-même la cause de ses maux, et à en rendre constamment la société responsable (1). »

DES MEILLEURS MOYENS HÉMOSTATIQUES CONTRE L'ÉPISTAXIS OU HÉMORRHAGIE NASALE.

Il n'est point de praticien qui, dans le plus grand nombre des cas, ne sache que l'*épistaxis*, comme la nomment les anciens, est non-seulement peu grave, mais même salutaire ; c'est quelquefois une crise que la nature prépare, détermine par une sorte de *molimen*, et qui termine une maladie plus ou moins grave. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi ; l'hémorrhagie nasale est souvent symptomatique, comme dans certaines fièvres de mauvaise nature. D'autres fois encore, et sans qu'il y ait coïncidence d'une autre maladie, l'épistaxis, chez certains sujets, se répète souvent, se prolonge, car on en a vu durer près de quinze heures, et déterminer un extrême affaiblissement

(1) Déontologie médicale, p. 34.

de l'économie. Cette hémorrhagie se classe parmi celles qu'on nomme passives ; il est certain qu'on la rencontre chez les sujets pâles, étiolés, éminemment débilités, soumis à un régime nullement réparateur ; chez ces individus, le sang peu fibrineux, manquant de plasticité, de coagulabilité, s'épanche avec une étonnante facilité. Cette *chair coulante*, comme l'a dit Bordeu, d'après Paul Zacchias, ce *solidum in solido*, selon l'heureuse expression de Boerhaave, a donc besoin, pour être contenue dans les vaisseaux qui la font circuler, d'une certaine consistance, qui tient à l'énergie même des éléments qui la constituent.

Il est certain que, lorsque le sang est par trop fluide, l'épistaxis, quand elle a lieu, peut se prolonger et déterminer une extrême atonie et même la mort, comme certains pathologistes en ont rapporté des cas. Aussi a-t-on cherché depuis longtemps les moyens d'arrêter cette hémorrhagie, quand l'indication est formelle, positive à ce sujet et qu'il n'y a pas à hésiter. Mon dessein n'est pas d'exposer les diverses ressources auxquelles on a recours avec plus ou moins de succès. On sait que, dans certains cas, il est très-difficile d'arrêter l'épistaxis ; que si on l'arrête quelques instants, ou même quelques heures, l'écoulement du sang reparaît avec une insistance, une opiniâtreté, qui ne font qu'augmenter les anxiétés du malade et les embarras du praticien.

On dit alors : recourez au tamponnement. Sans doute, et je ne prétends pas nier les avantages de ce procédé, qu'on emploie quand tous les autres ont échoué ; mais le tamponnement lui-même présente, à mes yeux, deux graves inconvénients. Le premier est la difficulté même de l'appliquer. On le décrit à merveille dans les traités de chirurgie : rien de plus simple en apparence ; mais il n'en est pas de même quand il s'agit de la réalité pratique, et surtout du double tamponnement, c'est-à-dire, simultanément dans les parties antérieures des fosses nasales et dans leur partie postérieure. En supposant même qu'on puisse placer les bourdonnets aussi facilement qu'on le dit, l'opération entraîne toujours non-seulement des longueurs, mais encore des accidents, notamment de fréquentes nausées, et même des vomissements déterminés par l'attouchement de l'arrière-gorge. Or, ces vomissements produisent des secousses qui ébranlent la tête, et donnent une activité redoublée à l'hémorrhagie ; il en est de même des éternuements qui ont lieu dans certains cas et chez certains sujets dont a pituitaire est d'une grande irritabilité. Le second inconvénient de ce procédé est qu'on n'a pas toujours sous la main les instruments convenables. Je sais que ces instruments ne sont ni nombreux ni compliqués ; mais à la campagne, et dans plusieurs circonstances éven-

tuelles, on peut en être dépourvu. Le mieux est donc de recourir à des moyens plus doux, plus faciles à se procurer et dont l'efficacité soit démontrée par l'expérience. Laissant de côté les petits procédés vulgaires, comme l'emploi de l'eau vinaigrée sur le front, les pédiluves, la clef dans le dos, etc., qui ne conviennent que dans les cas très-récents, je m'en tiens à trois principaux moyens que j'ai employés, jusqu'à présent au moins, avec un succès constant.

Le premier est l'emploi des bourdonnets de charpie, fortement imbibés d'alcool. C'est un styptique des plus puissants et d'une grande énergie d'action. L'impression qu'il détermine sur la pituitaire ne laisse pas que d'être vive et même un peu douloureuse, mais elle est passagère, et, dans beaucoup de cas, elle arrête assez promptement l'épistaxis. Le point essentiel est d'absterger de sang, autant que possible, la narine d'où le fluide s'écoule. Pour cela, on fait moucher le malade, on passe rapidement un bourdonnet sec dans la narine, puis on introduit aussitôt les bourdonnets alcoolisés. On comprend, en effet, que plus il y a de sang dans la narine, plus l'alcool est dilué et moins il a d'action.

Le second moyen est un mélange formé, à parties égales, d'*alun* et de *gomme arabique* en poudre. On insuffle fortement ce mélange dans la narine, siége de l'hémorrhagie ; puis on y introduit des bourdonnets roulés dans cette même poudre. Bientôt il se fait un *magma* de coagulum avec le sang, qui arrête l'épistaxis. La seule précaution à prendre est d'attendre, avant d'ôter les bourdonnets, que la narine soit assez humide pour qu'ils se détachent facilement. On peut aussi, dans ce cas, recourir à l'eau tiède ; mais il faut être bien assuré que l'hémorrhagie est non-seulement arrêtée, mais qu'elle ne se renouvellera pas.

Enfin, le troisième moyen, le plus simple et peut-être le meilleur de tous, est l'emploi du coton en rame ou coton cardé. Il y a quelques années qu'un médecin, dont le nom m'échappe, vanta cette substance comme un puissant hémostatique, et l'expérience a prouvé la vérité de cette assertion. Il est même étonnant que les chirurgiens n'en fassent pas, dans quelques circonstances, un emploi plus fréquent. C'est un moyen simple, commode et qui se trouve partout. Quant à moi, j'y ai eu recours dans le cas dont il s'agit ici, et je m'en suis bien trouvé. Mais plusieurs précautions ne doivent pas être négligées : il faut d'abord, ainsi que je l'ai dit précédemment, nettoyer la narine malade, autant que possible, du sang qui peut y être épanché ; en second lieu, choisir un coton bien pur, blanc, sans la moindre trace de corps étrangers, puis en former des bourdonnets en nombre suffisant pour bien

remplir les narines, bourdonnets qui ne seront ni trop pressés, ni trop mous, car, dans le premier cas, le sang ne pourrait pénétrer dans les interstices de cette substance, et, dans le second, il les traverserait avec trop de facilité et l'hémorrhagie pourrait continuer. Ces détails ne sont pas inutiles, car ils concourent au succès qu'il faut obtenir à tout prix, dans certains cas où la vie des malades peut être compromise.

Voici maintenant quelques courtes observations à l'appui de ce que je viens de dire sur les bons effets du coton cardé. Etant à la campagne, il y a trois ans, je fus appelé pour un homme de cinquante ans environ, atteint d'une épistaxis depuis près de deux jours, et que l'on ne pouvait arrêter, disait-on; en effet, les moyens employés étaient aussi vulgaires qu'insignifiants. Je trouvai le malade, d'ailleurs d'une faible constitution, pâle et abattu. Il ne pouvait plus se tenir debout. Son pouls était très-faible; l'hémorrhagie nasale était, à la vérité, moins forte que dans les premières heures, mais ne discontinuait pas. Le malade affirmait qu'il crachait aussi du sang; mais il était évident que ce sang avait coulé des fosses nasales postérieures dans le larynx et la trachée-artère. Ne pouvant me procurer dans le village ni alcool ni poudre d'alun et de gomme arabique, je me décidai à recourir au coton cardé. J'en remplis la narine, en poussant les premiers bourdonnets assez avant, et l'hémorrhagie fut complétement arrêtée.

Trois mois après, une petite fille de treize ans, malingre, pâle, cachectique, mal nourrie et d'un sang appauvri, fut également prise d'une épistaxis fort difficile à arrêter. Un officier de santé des environs, ayant été appelé, essaya différents moyens, généraux et locaux, notamment de l'eau de Rabel, mais inutilement. Consulté par la famille, je proposai l'emploi immédiat du coton cardé. La simplicité du moyen parut d'abord faire douter du succès; enfin, on y eut recours, et l'épistaxis fut arrêtée. J'ai su depuis qu'au bout d'un an, cette enfant avait été atteinte de nouveau d'une hémorrhagie nasale, et que les parents s'en étaient rendus maîtres par le même moyen.

Il y a un an environ qu'à Paris, une dame me fit appeler en toute hâte pour une affection de cette nature. Cette dame, âgée de soixante-cinq ans, est d'une santé assez délabrée; elle a une affection organique au cœur et de fréquents raptus du sang à la tête. En arrivant, je la trouvai couchée, pâle et le pouls presque filiforme. On me fit voir une jatte presque remplie de sang que la malade avait perdu par le nez depuis près de neuf heures. Je me hâtai de remplir les deux narines de bourdonnets mollets de coton cardé. En peu d'instants, ils

furent imbibés de sang et un insuccès était à craindre; cependant il n'en fut pas ainsi, l'hémorrhagie s'arrêta complétement. Seulement, la malade fut obligée de respirer par la bouche pendant plusieurs jours, car ce ne fut que le huitième qu'on put la débarrasser des bourdonnets qui obstruaient les narines.

Quoique je possède plusieurs autres observations dans ce genre, je me borne aux trois précédentes, parce que, dans ces cas, l'hémorrhagie ayant été forte et opiniâtre, l'efficacité du coton cardé n'en a été que plus évidente. REVEILLÉ-PARISE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LES MODIFICATIONS PROPOSÉES RÉCEMMENT A QUELQUES FORMULES INSCRITES AU CODEX.

Depuis quelque temps les journaux de pharmacie pratique contiennent de fréquents articles sur des modifications à apporter aux formules consignées au Codex. Voici, sur ces prétendues réformes, quelques lignes bien senties qu'un honorable pharmacien de la province vient d'adresser au Journal de pharmacie. Cette note a été provoquée par la publication d'un mémoire sur les loochs blancs, de M. Sauvan. Nous applaudissons trop aux efforts de M. Lecoq pour ne pas lui prêter le concours de notre publicité, et protester avec lui contre cette fâcheuse tendance de certains esprits novateurs, qui obéissent plus souvent à un mouvement de vanité qu'à un besoin réel de la profession.

En commençant sa note, M. Sauvan dit : « que les loochs blancs « sont des médicaments magistraux formés d'une émulsion épaissie par « un mucilage ; que ces préparations, quoique très-anciennes, sont « susceptibles de perfectionnement ;

« Que le looch blanc se compose d'eau, d'amandes, de sucre et de « gomme adragante ; que quelques pharmacopées prescrivent d'y ajou« ter 16 grammes d'huile d'amandes douces, que l'on n'emploie pas, « dans la plupart des pharmacies, parce que cette addition, sans ajouter « à la propriété du médicament, le rend plus apte à se décomposer; « aussi le pharmacien n'introduit-il l'huile douce d'amandes dans le « looch blanc que sur l'indication du médecin. »

Que M. Sauvan me permette de lui dire que c'est là une grave erreur qu'il peut partager avec quelques personnes, mais que la plupart des pharmaciens connaissent trop leur devoir pour ne point suivre à la lettre le Codex qui, en définitive, est la loi de tous. Qui est-ce qui autorise d'ailleurs M. Sauvan à se placer au-dessus des auteurs du Co-

dex, et à dire que l'huile douce d'amandes n'ajoute rien à la propriété du looch blanc? Nous n'avons pas à discuter ici sur les propriétés des médicaments inscrits au Codex, mais pourtant M. Sauvan pourrait-il dire, à part la caséine et l'albumine que contient l'émulsion d'amandes douces, quelle différence il y a entre cette émulsion et celle d'huile douce d'amandes?

Que les pharmaciens, qui tiennent si peu compte du formulaire légal, le Codex, le sachent bien : c'est en agissant ainsi qu'ils sont parvenus à faire tomber en désuétude beaucoup de médicaments précieux, et à placer la pharmacie dans un état de malaise tel, que des pharmaciens ont pu écrire la phrase suivante dans une pétition qu'ils adressaient à M. le ministre de l'agriculture et du commerce : « La pharmacie, vous « le savez, monsieur le ministre, gémit et souffre sous l'empire d'une « législation défectueuse et surannée : les hommes d'étude qui ont abordé « cette profession au prix de leur patrimoine et de leur jeunesse, près « de succomber sous des efforts incessamment stériles, tendent les bras « vers vous, monsieur le ministre, vous, le seul homme capable de les « comprendre, vous priant en grâce d'ouvrir les yeux sur le tableau « de leurs misères et d'y remédier par tous les moyens que votre jus- « tice vous suggérera. »

A qui la faute, messieurs, si la pharmacie est tombée dans cet état de misère, que je n'accepte toutefois que sous bénéfice d'inventaire, car je ne crois pas la pharmacie aussi malade? Vous croyez que c'est au défaut de lois sur votre profession : permettez-moi de dire que, avant de demander de nouvelles lois, il faudrait au moins se conformer à celles qui existent.

Si ces quelques lignes ne suffisent pas pour faire comprendre qu'un pharmacien, quel qu'il soit, n'a le droit de changer en rien les formules inscrites au Codex, il peut lire les articles 32 et 38 de la loi de germinal an XI, et l'ordonnance royale du 8 août 1816, sur la publication d'un nouveau Codex ; il sera alors suffisamment édifié.

Je ne discuterai pas le *modus faciendi* indiqué par M. Sauvan pour la préparation du looch blanc, par la raison fort simple que ce procédé n'est applicable qu'à son looch sans huile; en effet, si à ce looch on ajoute les 16 grammes d'huile indiqués au Codex, celle-ci n'est point émulsionnée et reste à la surface du liquide.

En commençant sa note, M. Sauvan dit que le looch blanc est susceptible d'être perfectionné ; et pour cela que propose-t-il? d'enlever à ce médicament une partie de son principe actif : voilà qui est commode. Nous avons malheureusement trop d'hommes qui comprennent le progrès de la même manière. Ainsi hier, M. Mahier, dans le Journal

de chimie médicale, proposait de faire du sirop de capillaire incolore, que l'on pourrait appeler sirop de capillaire sans capillaire, afin, disait-il, d'avoir un sirop qui ressemble à celui des confiseurs, qui n'en contient pas. Mais, d'après la nouvelle loi sur les falsifications des substances alimentaires, MM. les confiseurs sont obligés de mettre du capillaire dans le sirop de ce nom, et M. Mahier n'a plus à redouter leur concurrence. Ainsi, M. Deschamps (d'Avallon) propose, pour les vins médicinaux, de faire des vins de Malaga, Madère, Lunel, etc., de toute pièce; en sorte que, lorsqu'un pharmacien aura à préparer soit du laudanum de Sydenham, soit du vin scillitique, il prendra le premier vin venu et, après en avoir déterminé la richesse alcoolique, il y ajoutera quantité suffisante d'alcool et de sucre pour le rendre aussi sucré et alcoolique que le vin recommandé par le Codex ; il fera en effet avec ce mélange du vin scillitique qui, entre autres propriétés, aura celle de ne point se conserver un mois, et il en sera de même du laudanum de Sydenham. Je crois donc que l'on ne saurait faire trop tôt cesser un tel état de choses, et c'est dans ce but que je livre ces quelques lignes à la publicité ; puissent-elles être comprises de mes confrères !

TARTRATE FERRICO-AMMONIO-POTASSIQUE.

Un petit nombre de praticiens donnent une confiance toute particulière au tartrate ferrico-ammonique, ou tartrate de fer et d'ammoniaque. Mais la plupart des pharmacopées et formulaires ne parlent pas de cette préparation; et les ouvrages qui l'indiquent donnent des formules mal arrêtées qui ont pour résultat des produits de composition fort variable. Ce sel ne pouvait être l'objet d'une expérimentation régulière.

M. Lacassin, pharmacien de Toulouse, vient d'apporter à cette préparation la fixité désirable, mais, il est vrai, en changeant chimiquement un peu le produit; il l'a fait devenir tartrate ferrico-ammonio-potassique. Au point de vue médical, par la certitude d'avoir un produit constamment le même, il n'y aura rien de changé; l'action dynamique sera la même.

Pour obtenir le tartrate ferrico-ammonio-potassique, on prend une quantité donnée de crème de tartre; on la fait chauffer dans cinq ou six fois son poids d'eau, soit au bain-marie, soit à feu nu, cela ne change point la nature du produit; on ajoute alors de l'ammoniaque et du peroxyde de fer, jusqu'à ce que ce dernier paraisse ne plus se dissoudre; on filtre; on concentre à l'étuve; on achève la des-

siccation sur des lames de verre, et on obtient ainsi de belles feuillettes grenat de la plus grande solubilité.

Ce produit paraît être le même que celui désigné simplement par M. Béral sous le nom de tartrate ferrico-potassique, et dont on n'expliquait pas certaines propriétés.

L'ammoniaque ajoute aux sels de fer ses propriétés fondantes et sudorifiques.

IODURE D'AMIDON.— SIROP D'IODURE D'AMIDON.

Nous ne pensons pas qu'il faille exalter l'iodure d'amidon comme on l'a fait. Il peut rendre quelques services dans des cas qui ne sont pas encore bien déterminés ; mais à coup sûr, dans la généralité, l'iodure de potassium lui est préférable. Nous savons, en effet, qu'il détermine des accidents gastralgiques bien plus facilement que ce dernier. Cela se conçoit. L'iodure d'amidon n'est pas un composé chimique d'une stabilité fort grande. Arrivé dans l'estomac, il y est inévitablement décomposé. L'iode abandonne l'amidon pour se reporter sur les alcalis des liquides humoraux, d'où résultent la plupart des accidents qui accompagnent l'emploi de l'iode lui-même. Mais nous venons de le dire, il peut néanmoins remplir d'utiles indications. Cela suffit pour que nous en parlions.

Des procédés assez nombreux ont été publiés pour la préparation de l'iodure d'amidon. Mais le meilleur de ceux déjà connus donne encore de la difficulté pour obtenir ce produit dans toutes les conditions désirables. M. Voituret vient de publier un procédé d'une exécution facile, et qui donne un produit fort beau.

On prend :

Amidon fin, sec................ 90 grammes.
Iode........................ 10 grammes.
Ether du commerce............ 26 grammes.

On triture l'amidon dans un mortier de porcelaine, on verse dessus, et sans cesser de triturer, l'iode dissous préalablement dans l'éther. Lorsque le mélange est bien intime, et que l'éther s'est évaporé spontanément, on l'introduit dans un ballon de verre jaugeant un demi-litre, on maintient le ballon plongé jusqu'au col dans un bain-marie ; lorsque la température du bain s'est élevée à 40° environ, on est certain que tout l'éther est évaporé ; on bouche alors fortement le ballon, sans cependant ficeler le bouchon ; on porte et maintient la température à 100 degrés, pendant une heure et demie. A la fin de l'opération, on abaisse la température au-dessous du point d'ébullition : on débouche le ballon pour laisser volatiliser l'iode en excès.

Le produit qu'on obtient ainsi est d'un bleu noirâtre et d'une solubilité excessive. Quelques centigrammes, mis dans de l'eau, la colorent en bleu des plus intenses.

Ayant l'iodure d'amidon, rien de plus simple que d'en préparer le sirop.

On prend :

Iodure ci-dessus............... 1 gramme.
Sirop de sucre.................. 100 grammes.

Triturez l'iodure d'amidon avec un peu d'eau et ajoutez-le au sirop.

Le produit est d'un bleu indigo magnifique.

Ce sirop se donne par cuillerée à bouche chez les adultes, et par cuillerée à café chez les enfants. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE RÉDUITE A L'AIDE DU VOMISSEMENT SPONTANÉ.

Vous avez rapporté récemment l'histoire d'une hernie étranglée réduite pendant les efforts provoqués par les vomissements. Cette observation, qui a réveillé mes souvenirs, est peut-être un enseignement de la nature, dont les praticiens peuvent faire bénéficier leurs malades. Cette réflexion, bien antérieure à la lecture du fait contenu dans le *Bulletin de Thérapeutique* (nº du 15 déc. 1851, p. 520), m'avait été suggérée par un cas en tout semblable, qui s'est offert à moi dans les derniers jours de novembre 1848. Voici ce fait, avec quelques détails que vos nombreux lecteurs apprécieront chacun à leur point de vue.

Marie Dérité, âgée d'environ quarante-cinq ans, maigre, très-nerveuse, est affectée d'une double hernie inguinale qui la contraint de faire usage d'un double bandage. Soit qu'il fonctionnât mal, qu'il fût mal adapté, ou toute autre cause, la hernie gauche s'échappa violemment. Cette femme essaya vainement de la faire rentrer, ce que, d'autres fois, elle avait facilement obtenu. Des personnes étrangères venues à son secours ne furent pas plus heureuses, et, parmi ces dernières, figurait un chirurgien d'une habileté éprouvée. Après vingt-quatre heures de souffrances et d'inquiétudes, je fus appelé. Je trouvai à l'anneau inguinal gauche une tumeur allongée, de la grosseur d'une forte noix. A la dureté, à la sensibilité et à la résistance des parties, il était facile de prévoir la difficulté de la réduction ; je n'en exécutai pas moins le taxis avec toutes les précautions possibles pendant une

demi-heure à peu près, mais inutilement. J'allais le cesser pour avoir recours à l'emploi d'autres moyens, lorsque la patiente fut prise de vomissements ; et, au mouvement de retrait qui s'opéra dans toute la région abdominale, je prévis la possibilité de la rentrée de la hernie. Je discontinuai le taxis, et m'attachai seulement à la maintenir en la comprimant pour m'opposer à son plus grand développement, lorsque, dans un nouvel effort de vomissement qui survint, il se fit un haut-le-corps et un retrait si brusque des circonvolutions du tube digestif, que la hernie fut rudement entraînée dans la cavité abdominale. Mes doigts la suivirent jusque dans l'anneau, dans lequel je sentis bien distinctement les piliers aponévrotiques. Les vomissements s'amoindrirent aussitôt, mais ils continuèrent cependant encore quelques instants, ce qui me fit craindre un étranglement interne par la rentrée simultanée de la hernie et de son enveloppe. Il n'en fut rien toutefois ; les fonctions physiologiques reprirent leur cours habituel, à la suite de l'usage d'une potion opiacée.

Une solution si simple et si facile, amenée en grande partie par un accident naturel, ne pourrait-elle pas être produite par l'art, dans un cas de hernie peu volumineuse, et alors qu'une opération, toujours douteuse, serait la seule chance de salut ? Pour mon compte, je crois que je n'hésiterais pas aujourd'hui, persuadé qu'il n'y aurait aucun danger à la tenter.

Galiay, D. M.
à Tarbes (Hautes-Pyrénées).

BIBLIOGRAPHIE.

Des eaux de Vichy considérées sous les rapports clinique et thérapeutique, spécialement dans les maladies des organes de la digestion, la goutte et les maladies de l'Algérie ; par le docteur Durand-Fardel, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc., etc.

Aperçu clinique sur l'utilité des alcalins, et surtout des eaux minérales de Vichy contre certaines affections organiques du cœur ; par le docteur Victor Nicolas, médecin-inspecteur adjoint de la source du Clos des Célestins, à Vichy.

Nous applaudirons toujours, pour notre part, à la publication de travaux modestes et consciencieux, destinés à nous faire mieux connaître l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales, et surtout les indications qui président à leur emploi. C'est que nous sommes de ceux qui considèrent les eaux minérales comme une des plus précieuses ressources de la thérapeutique, et qui désirent les voir rentrer, par une

application juste et sévère de leurs indications et de leurs contre-indications, parmi les moyens dont le médecin peut avoir la dispensation usuelle et facile. Personne ne nous démentira quand nous dirons que le médecin le plus instruit, le praticien le plus habile et le plus éclairé peut éprouver de l'hésitation et de l'incertitude quand, ayant reconnu l'utilité de changer profondément les habitudes et les conditions de traitement d'un malade confié à ses soins, quand ayant décidé de l'envoyer prendre les eaux minérales, il s'agit pour lui de désigner l'établissement vers lequel il doit le diriger. Si quelques rares médecins possèdent à cet égard un peu plus d'habitude, nous ne craignons pas de dire qu'ils obéissent le plus ordinairement dans leur détermination aux enseignements que leur ont fournis des faits observés dans leur clientèle, et qui leur ont montré telle ou telle source favorable ou défavorable dans un cas donné, plutôt qu'à des règles bien précises qu'il leur serait possible de formuler; et à plus forte raison que l'on ne trouve dans aucun ouvrage les éléments d'une détermination positive, rationnelle et à l'abri de toute critique. M. Durand-Fardel nous fait bien sentir, dans son livre, le faible et l'inanité de ces indications générales : « Parcourez, dit-il, dans l'ouvrage de M. Patissier, la nomenclature des eaux minérales et des maladies qu'on y guérit ; prenez les eaux sulfureuses, acidules, salines, ferrugineuses et presqu'à chaque page vous retrouverez la dyspepsie, les pâles couleurs, les engorgements abdominaux, le rhumatisme, la leucorrhée, la gravelle, la goutte : ainsi maladies acides, engorgements albumineux, tout cela s'accommoderait indifféremment aux eaux sulfureuses des Pyrénées, ou aux eaux ferrugineuses de l'Alsace, comme aux eaux alcalines du Bourbonnais. Assurément je ne veux pas dire que tous les documents auxquels ces relevés sont empruntés soient également dignes de foi. Médecin d'eaux minérales moi-même, je sais et je dis avec quelle réserve il faut accueillir toutes ces guérisons, etc. »

Eh oui ! cela est trop vrai malheureusement. Des médecins s'inféodant un peu trop ardemment à la fortune industrielle des établissements d'eaux minérales à la tête desquels ils sont placés, se faisant peut-être aussi illusion sur la portée des résultats obtenus, attribuant peut-être encore à l'influence des eaux des effets qui pourraient être rapportés à toute autre cause, ont élargi à tel point le cercle d'application de telle ou telle eau minérale, que devant de telles généralisations on se prend à regretter le mauvais service qu'ils se sont rendus à eux-mêmes en prônant outre mesure l'instrument dont ils disposent, et, par suite, en mettant en défiance les médecins et les malades. Nous ne saurions trop le redire aux médecins des eaux minérales : il ne s'agit pas aujourd'hui

d'allonger encore la liste des maladies que guérit telle ou telle eau minérale; vous avez plus à faire : vous avez à défendre contre le septicisme raisonné des médecins, contre les railleries des gens du monde les bases de la médication par les eaux minérales; et, pour cela, comment faire, si ce n'est en reprenant en sous-œuvre les travaux de vos devanciers, en étudiant attentivement les résultats obtenus dans une maladie donnée, dans des circonstances variées de forme, de degré, de caractère, en mettant enfin la spécialisation là où jusqu'à vous on avait mis la généralisation ? Soyez-en convaincus : vous aurez plus fait pour la prospérité de vos établissements en en éloignant les malades qui n'y trouveraient pas de soulagement, qu'en trompant par des promesses mensongères et médecins et malades, qu'en cherchant à passionner la mode. Il viendra un temps où chaque chose sera mise à sa place, où les promesses seront réduites à leur juste valeur, où la mode qui vous avait apporté vous abandonnera ; et il ne vous restera même pas la consolation d'avoir travaillé en quelque chose à la solution du problème thérapeutique qui nous occupe en ce moment.

Ce qui précède montre la direction dans laquelle nous paraissent devoir être suivies les études sur les applications thérapeutiques des eaux minérales. C'est en circonscrivant son attention sur un point limité de la science qu'on peut espérer réaliser un progrès véritable ; c'est par une investigation patiente, attentive, minutieuse que l'on arrivera à préciser les indications et les contre-indications de telle ou telle eau minérale; et, sous ce rapport, l'engouement, dont certains établissements sont l'objet en ce moment, pourra servir à son tour la science, en permettant de saisir plus facilement les contre-indications sur une grande échelle. Ce n'est pas une raison toutefois pour que nous rejetions toute tentative de généralisation, de systématisation au sujet des eaux minérales. Systématiser a toujours son avantage : on coordonne les faits épars ; on cherche à les rattacher par un lien commun, et ce lien fût-il fictif, fût-il provisoire, de ce rapprochement momentané des faits, il peut sortir quelque lumière. Enfin ces tentatives de systématisation, nous sommes d'autant mieux disposé à les accueillir que, sortant du domaine étroit du mécanicisme et du chimisme, elles ont plus de tendance à nous ramener aux vrais principes de l'organisation, au vitalisme.

« Qu'est-ce que les eaux minérales ? se demande M. Durand-Fardel. Une médication excitante qui, pénétrant par toute l'économie, se mettant en rapport avec toute l'organisation, ranime les fonctions languissantes, surexcite les fonctions physiologiques, tantôt agent de révulsion, tantôt rappelant l'équilibre, le balancement des forces en-

tre les fonctions troublées. Si maintenant, au lieu de poursuivre la pénétration dans l'économie d'un réactif chimique ou d'un dissolvant, vous vous proposez pour but de relever la tonicité de l'organisme en général, et de certains organes en particulier ; si vous considérez la peau, non pas seulement comme un agent d'absorption, comme un moyen de perméabilité, mais surtout comme un organe dont les fonctions sont les plus importantes à relever, et à cause de sa vaste surface et à cause de la solidarité qui unit son intégrité à celle des autres fonctions, et en particulier des fonctions digestives ; si vous la considérez encore comme une surface de révulsion sur laquelle vous pourrez essayer de développer une suractivité passagère ; alors vous comprendrez tout le parti qu'on peut tirer des moyens nombreux que possèdent les établissements thermaux. » Oui, M. Durand-Fardel a raison : il y a quelque chose de plus que l'agent chimique de dissolution dans les eaux minérales ; il y a ce mouvement de rénovation suscité dans nos tissus et dans nos fonctions par l'introduction d'un agent nouveau d'une activité physiologique réelle ; et ce mouvement de rénovation, il n'a pas sa cause uniquement dans la substance minéralisatrice, il l'a encore dans la combinaison, dans la réunion des sources différentes, et, par-dessus tout, dans les formes sous lesquelles on les emploie (bains, bains prolongés de piscine, de baignoire, température élevée, bains de vapeur, douches, etc.).

Est-ce à dire que le choix d'une eau minérale soit indifférent? Est-ce à dire que ce mouvement de rénovation puisse être excité indifféremment et avec avantage, dans un cas donné, par toutes les eaux minérales ? Non sans doute. Il y a dans le choix des sources minérales des conditions indépendantes de toute donnée chimique connue, mais uniquement appréciées par l'empirisme, l'expérience, quelquefois le tâtonnement. C'est donc à cette détermination que doivent travailler les médecins placés à la tête de ces établissements ; et, à ce point de vue, nous devons encore des remerciements à M. Durand-Fardel pour ses études cliniques sur le traitement de la dyspepsie, de la goutte, des maladies de l'Algérie par les eaux de Vichy ; nous devons également des remerciements à M. Nicolas pour son aperçu clinique sur l'emploi de ces eaux dans le traitement des maladies du cœur.

Les avantages de l'administration des eaux de Vichy dans le traitement des troubles des organes digestifs, surtout lorsqu'ils ne consistent qu'en une diminution ou un affaiblissement des facultés digestives (telle est l'acception donnée par M. Durand-Fardel au mot *dyspepsie*), ces avantages, disons-nous, nous paraissent trop bien

établis pour nous y arrêter ; il en est de même en ce qui touche les maladies de l'Algérie, et principalement les engorgements des viscères intérieurs, suites des fièvres intermittentes ; mais il est une question sur laquelle nous avons été heureux de faire appel à l'expérience et à l'observation de M. Durand-Fardel, c'est celle si controversée qui a trait à l'administration des eaux de Vichy chez les goutteux. Il ne faut pas s'attendre sans doute à trouver dans cette partie de son livre la solution de toutes les difficultés ; peut-être même M. Durand-Fardel ne tient-il pas assez compte dans cette maladie de l'influence modificatrice qui résulte des changements dans la composition des humeurs de l'économie ; mais ses remarques sur le genre de goutte qu'il convient d'envoyer à Vichy et sur l'époque de la maladie à laquelle ces eaux conviennent, sur les inconvénients et les dangers que ce traitement peut présenter, sur le mode d'administration de ces eaux, méritent d'être méditées, parce qu'elles se coordonnent parfaitement avec ce que nous savons de la marche de la maladie et de son influence sur l'organisme.

(La fin au prochain numéro.)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Rétrécissement du bassin chez une femme rachitique. — Opération césarienne. — Mort de la mère. — Conservation de l'enfant. — Une doctrine, aujourd'hui acceptée et professée dans l'école de Paris et qui, depuis longtemps, a été établie par les accoucheurs anglais, est de ne jamais tenter l'opération césarienne alors que, en mutilant le fœtus, on peut terminer l'accouchement par les voies naturelles. On ne laisse ainsi à l'opération césarienne qu'un champ très-limité, puisqu'il comprend seulement les rétrécissements extrêmes du bassin, ceux dans lesquels le plus petit diamètre a moins de deux pouces (54 millimètres). Voici un fait qui prouve de nouveau que ce parti extrême et rigoureux est justifié par le peu de chances de salut que laisse à la mère l'opération césarienne pratiquée dans les hôpitaux de Paris. Le 7 mars dernier, est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée Boulanger (Francesca), brodeuse. Cette jeune femme primipare est enceinte de huit mois ; sa grossesse n'a provoqué jusqu'ici aucun trouble dans sa santé ; mais, comme elle est contrefaite et affectée d'une déviation du bassin, elle a cru plus prudent de venir faire ses couches dans un hôpital. Quelques jours après son entrée, les douleurs se manifestent ; pendant les dix premiers jours, elles n'augmentèrent pas, elles disparurent même un jour ou deux, mais pour reparaître ensuite d'une façon

plus intense. Le 29, la dilatation du col commence à se faire, elle présente environ l'étendue d'une pièce d'un franc. Comme le segment inférieur de l'utérus est appliqué sur la tête du fœtus, et que celle-ci est retenue par la saillie de l'angle sacro-vertébral, au-dessus du détroit supérieur, il fallait, pour constater la disposition de ces parties, introduire la totalité de la main dans le vagin. Les contractions utérines persistèrent d'une manière soutenue et énergique pendant la journée et toute la nuit. Enfin, le lendemain matin, M. Legroux, voyant que l'état du col n'avait changé en rien, et que le diamètre sacro-pubien ne mesurait pas plus de deux pouces et demi environ, fit prier les chirurgiens de l'hôpital, MM. Robert et Huguier, de vouloir bien venir examiner la malade et de l'aider de leurs conseils.

Le peu d'étendue du diamètre antéro-postérieur du bassin et le volume du segment de la tête du fœtus, que la main introduite dans le vagin pouvait apprécier à travers les parois de l'utérus, portèrent les deux chirurgiens à penser, avec M. Legroux, qu'on ne pouvait abandonner cet accouchement aux seules ressources de la nature, et que l'art devait intervenir. L'élévation du col, sa résistance à l'introduction du doigt, leur firent rejeter toute idée d'embryotomie, pour pratiquer l'opération césarienne. Les conditions de salubrité tout exceptionnelles de l'hôpital Beaujon entrèrent pour quelque chose dans cette détermination, et, pour augmenter encore les chances de succès, la femme fut placée dans un petit pavillon, situé au milieu du jardin de l'établissement.

Toutes ces précautions prises, M. Huguier procéda à l'opération en incisant l'abdomen sur la ligne blanche, tira l'enfant par les pieds et délivra très-facilement la femme. Comme toujours chez les primipares, une quantité considérable d'anses intestinales sortirent par la plaie, on les réduisit; mais on s'aperçut qu'un certain nombre d'entre elles s'étaient introduites dans la cavité utérine; il fallut les extraire pour les refouler dans un espace libre qui se trouvait à gauche. La plaie de la ligne blanche fut réunie par des points de suture enchevillée.

La malade perdit peu de sang; l'opération ayant été pratiquée sous l'influence des inhalations anesthésiques, elle ne ressentit aucune douleur. Le pouls demeura petit, donnant 104 pulsations; la face un peu pâle; quelques nausées survinrent et durèrent jusqu'à cinq heures du soir, moment où la réaction se manifesta par de la chaleur, de la rougeur et même une sueur assez abondante. A huit heures, pouls à 124, beaucoup plus petit que précédemment. La malade ne souffre point, elle est tranquille.

L'enfant vit et va bien.

Dès le matin, on pratique des frictions mercurielles sur l'abdomen, afin de prévenir les accidents de la péritonite; des sinapismes sont appliqués aux extrémités et on prescrit une potion légèrement cordiale.

Le 31, la malade éprouve une soif vive, elle n'a pas dormi. M. Legroux prescrit 20 centigrammes d'extrait d'opium dans une potion. On continue les frictions mercurielles. La journée du 1er avril se passe dans le même état; emploi des mêmes moyens. Le 2, faiblesse plus grande, hoquets continuels, langue humide; ventre sensible à la moindre pression, surtout au niveau de la plaie. Le pouls est filiforme et donne 142 pulsations. Les extrémités deviennent froides; la respiration difficile. Une constipation opiniâtre existe. On prescrit un peu de vin de Bordeaux, de l'eau de Seltz, 25 centigrammes d'extrait d'opium et des lavements huileux. L'état de la malade, malgré tous les soins dont elle est entourée, va en déclinant, et elle s'éteint sans symptômes violents de péritonite, à onze heures du matin, le quatrième jour après l'opération.

Nous rapporterons des détails de l'autopsie, communiqués à la Société de chirurgie par M. Huguier, seulement ce qui est relatif aux dimensions du détroit supérieur du bassin qui seul était rétréci. Le diamètre sacro-pubien présentait 6 centimètres, et le diamètre transverse 11 centimètres. La tête de l'enfant, mesurée aussitôt sa naissance, donnait pour le diamètre sous-occipito frontal, 12 centimètres 1/2, le bi-pariétal donnait 9 centimètres. De la comparaison de ces diverses données, il reste évident qu'une opération était indispensable, mais était-ce l'hystérotomie qu'il fallait pratiquer, de préférence à l'embryotomie?

Une discussion intéressante s'est élevée à ce sujet au sein de la Société de chirurgie; nous regrettons que l'espace nous manque pour la résumer, et nous nous bornons à exprimer le regret que dans la position difficile et délicate dans laquelle se trouvaient placés nos trois savants confrères, il ne leur soit pas venu à la pensée d'appeler un chirurgien, habitué aux opérations tocologiques, afin de les éclairer sur la meilleure conduite à tenir dans ces graves circonstances.

En rapportant ce fait, nous avons principalement pour but de fournir un nouvel exemple de la léthalité de l'opération césarienne pratiquée dans les hôpitaux de Paris, et de montrer ensuite les avantages qu'il y a à pratiquer l'opération de bonne heure, puisque, sans diminuer les chances de salut de la mère, on est toujours certain d'amener un enfant vivant, ainsi qu'il est arrivé dans ce cas.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BROMURE DE FER (*Emploi thérapeutique du*), *en particulier dans le traitement de l'érysipèle*. Le bromure de fer est un des sels ferrugineux sur lesquels la thérapeutique possède le moins de renseignements. On l'a essayé, dit-on, avec quelque succès, donné à l'intérieur, dans le traitement des engorgements utérins ou ganglionnaires, et on l'a employé à l'extérieur dans les mêmes cas à peu près que l'iodure de fer. Un médecin américain, M. Gillespie, qui pratique dans un pays où le brôme est fabriqué en quantité considérable et qui en a fait un emploi assez étendu, dit que ce médicament a maintenant remplacé l'iode entre ses mains. Il le prescrit dans les tumeurs scrofuleuses, contre les inflammations ganglionnaires, soit aiguës, soit chroniques, dans l'érysipèle, la suppression des règles et les dartres, et dans tous les cas où l'on administre les ferrugineux. Je n'ai jamais échoué, par exemple, dit-il, à résoudre par ce moyen les engorgements de la parotide, de la glande sous-maxillaire ou des ganglions cervicaux, pourvu qu'ils ne fussent pas arrivés à suppuration (il en applique une petite portion immédiatement sur la tumeur, deux fois par jour, à l'aide d'un plume, et en même temps il le donne à l'intérieur, à la dose de 8 à 10 gouttes, matin et soir, dans une demi-tasse d'eau froide, en augmentant d'une goutte à deux par jour, jusqu'à ce qu'il survienne des nausées, ce qui peut être appelé le point de tolérance ; la dose est réduite de 5 à 6 gouttes et ainsi continuée). M. Gillespie l'a encore donné avec avantage dans des cas de panaris, où une raie rouge et très-douloureuse remontait vers le bras, déterminant l'inflammation des ganglions axillaires, avec des symptômes fébriles généraux ; dans ce cas, la solution était appliquée localement sur le bras et les ganglions enflammés. C'est effectivement en usage externe que le bromure de fer mériterait surtout, d'après ce médecin, d'être employé en thérapeutique, et, en particulier, dans l'érysipèle : appliqué deux ou trois fois par jour sur les parties affectées et étendu jusqu'à un ou deux pouces sur les téguments sains, le bromure de fer, aidé de l'application de compresses trempées dans une solution d'acétate de plomb, et exprimées avec soin, aurait arrêté complétement la maladie en quarante-huit heures, à partir de son emploi. — Nous ne nous portons nullement garant, on le conçoit, des résultats si éminemment favorables annoncés par M. Gillespie. Nous ne sommes pas bien convaincu même qu'il existe des moyens avec lesquels on puisse suspendre sûrement la marche d'un érysipèle franchement ambulant, de sorte que, sans repousser les moyens locaux qui peuvent avoir leur avantage, au point de vue du calme qu'ils apportent dans le sentiment de cuisson et de brûlure dont les parties érysipélateuses sont le siége, qui peuvent même, dans certains cas, tempérer la vivacité des phénomènes inflammatoires locaux ; nous attachons une bien plus grande importance aux moyens généraux dont l'emploi ne saurait être certainement négligé sans danger dans les cas graves. (*Philadelphie Med. Exam.*, et *Revue méd.-chirurgicale.*)

BRULURE (*Bons effets des applications locales d'éther chlorhydrique chloré dans la*). Dans une note qu'il a publiée sur l'éther chlorhydrique chloré, M. le docteur Cueuel, de Wesserling, signale comme un des effets les plus avantageux de ce médicament, le soulagement presque instantané des douleurs si vives de la brûlure au premier et au second degré; si les cloches ne sont pas encore déchirées, des lotions ou des fomentations, faites le plus promptement possible, augmentent, il est vrai, un instant la douleur, mais pour la faire bientôt après disparaître complétement. Ainsi M. Cueuel cite le fait d'un chimiste qui, s'étant brûlé la main avec du nitrate de cuivre fondu dans son eau de cristallisation, ce qui suppose une chaleur supérieure à 100 degrés, et ayant cherché en vain du soulagement dans les affusions d'eau froide, eut l'idée de se faire des lotions avec l'éther chloré; et non-seulement la douleur cessa comme par enchantement, mais il n'y eut pas même production de phlyctènes. L'éther chloré est devenu un remède vulgaire dans les ateliers

de forgerons à Wesserling, et chaque fois qu'un ouvrier se brûle, on le lui applique à sa grande satisfaction. Il ne faudrait pourtant pas s'aviser d'y avoir recours lorsque l'épiderme est enlevé; quelque étendu que soit l'éther dans un véhicule quelconque, il détermine des douleurs intolérables. Rappelons que les applications d'éther chlorhydrique chloré doivent être faites sur un linge sec et non sur un linge mouillé; car, ainsi que l'ont remarqué MM. Aran et Cucuel, la présence de l'eau met à nu de l'acide chlorhydrique qui donne à cet éther des propriétés caustiques. (*Union médicale*, avril.) .

CONTRACTION *spasmodique du sphincter de la vulve; guérison lente par les calmants et les narcotiques.* En rapportant le fait suivant, nous avons un double but, celui de montrer que l'ouverture vulvaire, comme celle de l'anus, est susceptible de devenir le siége de contractions spasmodiques et de fissures, mais surtout celui d'établir, par un rapprochement entre ces affections observées vers l'une et l'autre de ces ouvertures, la possibilité et l'utilité d'appliquer au traitement de l'une ce que l'expérience nous a montré si favorable dans le traitement de l'autre. Il n'y a pas longtemps, en effet, que toutes les fissures à l'anus, avec contraction spasmodique, étaient traitées par l'incision; et dans un cas de fissure, jointe à un spasme de la vulve, tel que l'accomplissement des devoirs conjugaux était devenu impossible, M. Pinel-Grandchamp, ainsi qu'on peut le lire dans les leçons orales de Dupuytren, frappé des analogies existant entre cette maladie et la fissure à l'anus, en vint à pratiquer une incision profonde, dans laquelle il divisa, dans une étendue de deux pouces, la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve; la contraction disparut et les choses se rétablirent dans leur état normal. L'analogie, le raisonnement, l'expérience se réunissent pour démontrer qu'il peut y avoir une contraction spasmodique du sphincter de la vulve, comme il y en a une du sphincter anal, avec ou sans fissure, et que le même traitement qui réussit dans l'une doit réussir dans l'autre. La preuve nous manque cependant sur ce dernier point, et ne nous est fournie que d'une manière incomplète par le fait suivant; car, bien que M. Borelli, qui l'a recueilli et publié, ait noté que la dilatation produite par l'organe génital mâle était toujours suivie, après des douleurs très-vives au moment de l'intromission, d'un calme de plusieurs jours, et qu'il ait eu l'idée de pratiquer chez la malade la dilatation forcée du sphincter; des raisons particulières l'ont empêché d'y avoir recours, et ce n'est qu'après un temps très-long, après avoir épuisé un grand nombre de calmants et de narcotiques que la guérison a été obtenue. Nous insistons donc fortement à cet égard : dans les cas où l'on aurait affaire à une contraction spasmodique du sphincter vulvaire, il ne faudrait pas hésiter à la traiter par la dilatation forcée, suivant les mêmes préceptes que nous avons indiqués dans ce journal; et les résultats, nous en sommes pleinement convaincus, seraient tout aussi favorables. Voici maintenant le fait de M. Borelli:

Madame M., femme de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez bonne, toujours bien réglée, d'une intelligence médiocrement développée, et d'un caractère assez timide, mariée depuis trois ans, sans avoir eu d'enfants, contracta, au mois d'août dernier, une inflammation entéro-péritonéale, avec fièvre, caractérisée par une tuméfaction avec endolorissement de presque tout le ventre, compliquée de dysurie. Chez cette dame, qui, depuis quelques semaines, éprouvait une forte chaleur vers les parties génitales externes, avec des douleurs abdominales, les accidents avaient paru brusquement à la suite de plusieurs rapports sexuels peu ménagés et répétés dans la même nuit. Comme renseignement antérieur, on pouvait noter que le mari de cette dame, quoique pourvu d'organes sexuels assez volumineux, n'avait pu, après plus de deux mois de mariage, surmonter la résistance de la membrane hymen, ce qui l'avait obligée à se faire pratiquer, par un chirurgien, à l'insu de son mari, l'incision de cette membrane. Mais depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans, elle n'avait pas souffert de ce côté.

L'inflammation entéro-péritonéale dont il a été parlé plus haut, et qui avait été encore exaspérée par

l'emploi de quelques purgatifs drastiques, céda en très-peu de temps à un traitement antiphlogistique, composé de deux saignées, d'une application de sangsues à l'anus, de cataplasmes émollients sur l'abdomen et de quelques autres moyens analogues; mais cette dame conserva une maladie de la vulve, caractérisée par de la difficulté et des douleurs atroces dans l'accomplissement de l'acte conjugal. Ces douleurs présentaient cette particularité, qu'elles disparaissaient aussitôt que la tête du gland avait franchi l'orifice vulvaire, et ne se reproduisaient plus que quatre ou cinq jours après, même si le coït était renouvelé plusieurs fois de suite. Mais à partir de ce moment, les douleurs reparaissaient, accompagnées d'une irritation, d'une sensation de chaleur et de sécheresse, telle que partout où elle se trouvait, elle était obligée de recourir aussitôt à des lotions froides, à des applications de substances grasses ou huileuses, qui lui apportaient un soulagement momentané. Cette incommodité était si répétée et si tenace, que cette dame n'osait pas s'éloigner de chez elle pendant quelques heures, dans la crainte de ne pas trouver sous la main les moyens calmants dont elle faisait usage.

Après avoir consulté un grand nombre de médecins, qui ne reconnurent aucune maladie spéciale, et qui se bornèrent à lui prescrire quelques moyens calmants, cette dame vint consulter M. Borelli, qui constata que l'orifice vulvaire était un peu tuméfié, rouge, et douloureux à la plus légère distension. Il n'y avait ni rhagades, ni fissures, ni écorchures, ni aucune autre lésion quelconque de la membrane muqueuse. M. Borelli prescrivit d'abord une pommade laudanisée. Il y eut du soulagement, qui ne fut pas de durée. Ce fut alors, et sur l'aveu qui fut fait par cette dame que le coït, qui était extrêmement douloureux pour elle, et dont par timidité elle n'osait refuser l'usage à son mari, était suivi pendant quelques jours d'un calme notable, que M. Borelli eut recours à la pommade de belladame, en lui recommandant de faire des onctions avec cette pommade, plusieurs fois par jour, et particulièrement avant de se coucher. Il y eut du soulagement, mais la guérison se fit longtemps attendre : ce ne fut qu'après plusieurs mois de l'emploi de cette pommade, joint à d'autres moyens, tels que les bains généraux, les lotions émollientes..., etc., que cette dame a pu se débarrasser de cette cruelle affection. (*Gazetta med. Sarda*, décembre.)

ECOULEMENTS *par certains orifices muqueux chez les enfants, consécutifs à des maladies graves, et, en particulier à des fièvres éruptives; leur traitement.* Tous les jours, à la suite de certaines maladies graves, et, en particulier, de la scarlatine, de la rougeole, de la coqueluche, on voit survenir chez des enfants faibles et délicats des écoulements par certaines ouvertures muqueuses. Quelquefois c'est un écoulement par l'oreille; d'autres fois c'est un écoulement par les fosses nasales; d'autres fois enfin, et chez les petites filles seulement, il survient un écoulement par les parties génitales. Nous n'apprenons rien de nouveau à nos confrères en leur rappelant que ces derniers écoulements ont fait peser bien souvent de graves accusations sur des personnes parfaitement innocentes. Il n'y a cependant d'autres différences entre ces écoulements que celles qui dépendent de leur siége. Dans tous ces cas, c'est dans la convalescence d'une maladie grave et lorsque les enfants restent maigres, languissants, conservent de la chaleur et de la sécheresse à la bouche, les yeux brillants, un appétit capricieux, que l'on voit survenir un écoulement tantôt par l'oreille, tantôt par le nez, tantôt par les parties génitales. Dans le premier cas, cet écoulement qui est assez abondant, et qui se lie à une inflammation de la membrane qui revêt le conduit auditif externe, peut devenir cause d'accidents graves si l'inflammation s'étend à la membrane et à la cavité tympanique; dans certains cas même, on a vu les os participer à l'inflammation et les malades succomber inopinément à une phlegmasie sur-aiguë des méninges. L'écoulement par les fosses nasales est rarement de durée, mais il est remplacé par la formation de croûtes épaisses résultant de sa coagulation, au-dessous desquelles la muqueuse est rouge, boursouflée, rarement ulcérée. De même pour les écoulements par les parties génitales, c'est au milieu des mêmes conditions générales de faiblesse, et

à la suite d'une fièvre grave, au milieu d'un état général caractérisé principalement par le dégoût pour les aliments, par la constipation avec pouls vite et faible, langue blanche et chargée, etc., que l'écoulement jaunâtre, purulent commence à paraître. La partie interne des grandes lèvres et les nymphes sont le siége d'une rougeur très-vive; l'écoulement, quelquefois très-âcre, irrite vivement les parties sur lesquelles il s'étend. Que faire dans les cas de ce genre? Sans doute il y a un traitement local à adopter : les soins de propreté, les lotions, les injections émollientes d'abord, que l'on remplace ensuite par des lotions ou des injections légèrement astringentes et détersives, telles que celles de sulfate de zinc (de 15 à 25 centigrammes pour 30 grammes d'eau); pour les écoulements des fosses nasales on peut, dans les cas rebelles, porter sur les parties malades un petit tampon chargé d'une pommade au précipité rouge et même au nitrate d'argent; pour les écoulements par les parties génitales, l'emploi des poudres absorbantes, et par-dessus tout, le soin de séparer, au moyen d'un petit morceau de linge fin, les grandes et les petites lèvres, constituent autant de moyens utiles; mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que la clef du traitement est bien plutôt dans les moyens généraux. Ce dont il faut se préoccuper avant tout, c'est de rétablir les forces perdues, de restaurer la constitution appauvrie par une alimentation convenable et suffisamment azotée, par l'exercice en plein air, par les préparations ferrugineuses, par l'huile de foie de morue, et, lorsque cela est possible, par les bains de mer. Avec ces derniers moyens, non-seulement on achève de débarrasser les malades de cette fâcheuse incommodité, mais encore on les met à l'abri des rechutes et des récidives (*Ranking's half yearly abstract*).

FIÈVRE INTERMITTENTE (*Nécessité de remplacer le sulfate de quinine, par le citrate ou le valérianate, dans certains cas de*). En dehors de cette grave question des succédanés du quinquina, il en est d'autres qu'il ne faut pas perdre de vue, et l'une des plus importantes serait certainement de savoir, étant donné un cas de fièvre intermittente, à quelle préparation de quinquina il faut donner la préférence. Sans doute le sulfate de quinine est le moyen le plus sûr et le plus efficace; mais il n'est pas, à beaucoup près, infaillible; et non-seulement nous avons fait connaître des cas dans lesquels il avait été nécessaire de le remplacer par une autre préparation de quinquina, par le quinquina en poudre, par exemple; mais encore nous avons cité des faits où des fièvres qui avaient résisté à l'antipériodique par excellence, avaient cédé à d'autres moyens, en général, beaucoup moins efficaces. Cela tient-il à des circonstances individuelles? ou bien y a-t-il des espèces de fièvres intermittentes plus rebelles que d'autres au quinquina? c'est ce que nous ignorons. Toujours est-il qu'il faut savoir la nécessité où l'on peut être de remplacer le sulfate de quinine par un autre sel de même base, le citrate, le valérianate, par exemple, et l'on parvient ainsi à couper une fièvre qui avait résisté au traitement.

Un médecin de Turin, M. Fenoglio, a appelé récemment l'attention sur des faits de ce genre. Quand on a affaire, dit-il, à une affection franchement intermittente, il y a, en général, peu d'inconvénients à ce qu'elle ne cède pas à l'administration du premier antipériodique mis en usage; on en est quitte, après quelques jours, pour passer à un autre, et l'on finit par obtenir la guérison; mais les choses ne sont plus aussi simples quand la nature de la maladie est douteuse et obscure. Dans ce dernier cas, n'obtenant aucun effet salutaire de la préparation que l'on a administrée, on peut être induit en erreur et croire que la maladie n'appartient pas à l'ordre des intermittentes, et au lieu de passer à une autre préparation de quinquina, on abandonne l'usage des antipériodiques, au grand détriment du malade. M. Fenoglio cite, à ce sujet, le fait d'un pharmacien âgé de cinquante-deux ans qui, parvenu au huitième jour d'une bronchite aiguë des mieux caractérisées, mais qui avait été considérablement modifiée par le traitement, commença à présenter de petits frissons dans la matinée avec une exacerbation fébrile vers le soir. Incertain relativement à la nature de cette exacerbation fébrile, et plutôt pour éclairer le diagnostic que pour obéir à une indication évidente, M. Fenoglio prescrivit une dose de

sulfate acide de quinine, et enfin autant le lendemain ; mais la fièvre n'ayant été nullement modifiée, il pensa qu'elle était symptomatique, et s'empressa de revenir au traitement antiphlogistique, afin de résoudre complétement la bronchite, et avec elle l'état fébrile. Saignées, déprimants directs, aconit, eau distillée de laurier-cerise, digitale, etc.; tout fut inutile. Au dix-septième jour, les symptômes conservaient toute leur intensité, la toux et la fièvre présentaient une exacerbation tous les soirs, et depuis quelques jours il survenait dans la matinée une douleur de tête très-vive, qui débutait avec la fièvre et disparaissait avec elle dans la nuit. La persistance de l'exacerbation quotidienne de la fièvre, son type régulier, l'apparition de ce nouveau symptôme, la céphalalgie périodique, l'inutilité des moyens antiphlogistiques, et de plus le fait récent observé par ce médecin, d'une fièvre tierce qui avait résisté au sulfate, et cédé au citrate de quinine, lui firent soupçonner un cas analogue, et il prescrivit, en conséquence, 0,50 de citrate et autant de valérianate de quinine. Le résultat répondit à son attente; deux doses firent cesser la fièvre, qui ne revint plus. D'où il suit, ainsi que le dit très-bien M. Fenoglio, que, lorsque l'on combat les affections intermittentes par les préparations de quinine, il faut être prévenu que, non-seulement ces diverses préparations possèdent une plus ou moins grande efficacité suivant leur composition, mais même que, soit en vertu d'un mode particulier de sentir des malades, soit par toute autre circonstance, on peut réussir ou échouer dans un cas donné, avec les unes ou les autres, et par conséquent que, dans les cas d'affection périodique douteuse, obscure, il ne suffit pas d'avoir expérimenté telle ou telle préparation, même le sulfate de quinine, pour être sûr que la maladie est intermittente, mais encore qu'il faut, si les accidents persistent avec leur même caractère, employer une autre préparation fébrifuge avant de renoncer entièrement aux antipériodiques, à moins, toutefois, qu'il n'y ait une contre-indication formelle. Cette circonstance, si utile à connaître dans les affections périodiques communes, devient, comme on le comprend, d'une importance majeure et capitale s'il s'agit d'une fièvre pernicieuse. (*G. med. sarda.*)

MALADIES DU FOIE (*Bains d'acide nitro-muriatique comme traitement des*). Nous croyons d'autant plus indispensable de faire connaître à nos lecteurs ce mode particulier de traitement des maladies du foie, que d'après les médecins anglais, et en particulier d'après M. Ranald Martin, ce serait là un traitement vraiment efficace contre des affections trop souvent rebelles à nos moyens de traitement. Ainsi que l'indique leur nom, ces bains ont pour principe médicamenteux, l'acide nitro-muriatique, qui se prépare de la manière suivante: acide chlorhydrique, 3 parties; acide nitrique, 2 parties; eau distillée, 5 parties; mélangez avec soin: 100 grammes pour 5 litres d'eau, portée à 34 ou 36° centigrades ; 10 litres d'eau suffisent pour un bain de pieds ordinaire. (Le liquide de ce bain peut servir pendant une semaine, en ayant la précaution d'ajouter à chaque fois 15 grammes d'acide et 500 grammes d'eau, et de n'en faire chauffer qu'une petite partie seulement, pour élever la température au degré convenable; bien entendu que la baignoire doit être en terre ou en bois, et que le liquide doit être chauffé dans un vase de terre.) Pour prendre ces bains, le malade a les deux pieds placés dans la baignoire ; il y reste pendant quinze minutes et, dans cet intervalle, on lave alternativement la partie interne des jambes et des cuisses, celle des bras et l'hypocondre droit, avec une éponge trempée dans le liquide du bain; on revient à ces bains matin et soir. Avec ces bains, le malade prend, tous les deux jours, un purgatif doux, tel que du sulfate de magnésie, et si la peau est sèche et rude, on lui fait prendre, deux fois par semaine, un bain de vapeur, pour stimuler et ouvrir les pores de la peau, et pour nettoyer la surface du corps. Lorsque le bain détermine une trop vive irritation à la peau, on peut diminuer la quantité d'acide qui entre dans la composition du bain, et lorsqu'on voit survenir de l'irritation des gencives avec malaise général, il faut suspendre les bains, sauf à les reprendre quelques jours après, dès que les symptômes sont calmés. D'après M. Martin, il faut en général, continuer ces bains pen-

dant deux mois, pour ramener l'organe hépatique à ses conditions normales; on continue en même temps les toniques amers et les préparations ferrugineuses, dont les bains aident l'action médicamenteuse. Lorsqu'il y a lieu de croire que le foie est dans un état de torpeur, M. Martin conseille les bains chauds et tièdes, et spécialement les bains d'eau de mer; on abaisse la température des bains à mesure que la maladie approche de la guérison. Quant à la détermination des cas particuliers auxquels convient ce traitement, la lecture des observations publiées par les médecins anglais nous a appris que c'est contre les engorgements du foie qui surviennent chez les Européens transportés dans les pays chauds, et qui se lient soit à l'existence des fièvres intermittentes ou rémittentes, soit à d'anciennes lésions du tube digestif. On comprend que notre expérience est muette sur ce point; mais par la stimulation que ce moyen et ceux avec lesquels il est combiné doivent déterminer vers la peau, nous comprenons bien comment ils peuvent exercer une influence favorable sur la résolution de ces engorgements hépatiques; néanmoins, nous ferons remarquer que nous possédons dans les eaux minérales alcalines, et en particulier dans les eaux thermales de Vichy, un traitement qui compte de nombreux succès dans les cas de ce genre, et qui pourrait d'ailleurs être combiné avec le traitement des médecins anglais par les bains d'acide nitro-muriatique (*Ranking's half-yearly abstract.*)

PHOSPHATE DE CHAUX (*Emploi du*) *dans le traitement de la scrofule et de quelques autres cachexies.* On ne saurait contester la tendance qui entraîne actuellement la thérapeutique vers la recherche bien plutôt de traitements destinés à imprimer des modifications lentes et graduelles à l'économie, que de moyens destinés à remplir une indication spéciale et déterminée dans un temps très-court et d'une manière immédiate.

Sous ce dernier rapport, d'ailleurs, la médecine est déjà fort riche, et ce dont elle aurait besoin, ce n'est pas tant certainement d'en voir augmenter le nombre, que d'être bien fixée sur la valeur absolue et relative de tel ou tel moyen en particulier. Les recherches modernes nous ont appris d'ailleurs à revenir aux anciennes doctrines, en nous montrant au delà de l'altération pathologique locale un état général dyscrasique dont on a fixé, avec quelque apparence de raison, le siége principal dans une altération du sang, mais qu'on ne peut certainement séparer d'un état morbide des solides que le sang imprègne et traverse continuellement. L'introduction de l'huile de foie de morue dans la pratique usuelle, les applications nombreuses dont elle a été l'objet avec succès, ont fait plus pour la généralisation de ces saines idées thérapeutiques, que tous les raisonnements et que toutes les discussions théoriques. Peu à peu les médecins se sont familiarisés avec cette conviction que, dans beaucoup de cas, il faut plutôt s'attaquer à la cause première qui tient sous sa dépendance l'altération locale qu'à celle-ci qui, par elle-même, par ses progrès naturels, peut cependant devenir une cause de mort, mais qui est aussi trop souvent au-dessus des ressources de l'art. C'est au même titre, et pour combattre aussi dans son germe, dans son point de départ, une tendance dyscrasique, que M. le professeur Stone propose et vient recommander dans le traitement de la scrofule et de quelques autres cachexies qui s'en rapprochent, l'emploi du phosphate de chaux. Déjà ce médicament avait été recommandé, en vertu de vues chimiques, dans le traitement du rachitisme, où, comme on sait, les matériaux calcaires diminuent rapidement dans l'économie : on se proposait ainsi de rendre à l'économie un élément important, que des conditions pathologiques l'empêchaient de conserver. C'est en vertu de tout autres principes, que M. Stone a été conduit à employer le phosphate de chaux. Frappé des idées émises par un physiologiste éminent, M. Beneke, sur la relation du phosphate et de l'oxalate de chaux avec la formation des cellules (idées en vertu desquelles le phosphate de chaux est considéré comme aussi essentiel à la formation des cellules, que la graisse et l'albumine, aussi bien chez l'homme que dans les végétaux et chez les animaux inférieurs, et l'absence de ce sel est regardée comme pouvant

devenir le point de départ de certains états pathologiques), M. Stone a essayé le phosphate de chaux dans plusieurs affections dyscrasiques, dans la scrofule, dans la tuberculisation pulmonaire, et les résultats qu'il a obtenus ont été assez satisfaisants pour qu'il ait cru devoir les publier. Sans doute, ces faits sont encore bien peu nombreux, et on sait d'ailleurs que, dans les cas de ce genre, on peut se faire souvent illusion, attribuer au remède, par exemple, ce qui est le fait d'une amélioration momentanée et spontanée, survenue dans la marche de la maladie. Néanmoins, quand il s'agit d'affections aussi graves, les médecins ne sauraient être armés de trop de moyens, et c'est pour leur permettre de pouvoir vérifier les expériences de M. Stone, que nous allons leur présenter un résumé des trois observations publiées par ce professeur.

La première est relative à un esclave scrofuleux qui portait deux larges excroissances fongueuses de chaque côté du nez, et qui présentait des excroissances semblables dans les narines, les oblitérant et se propageant jusque dans le fond de la gorge. Cette maladie avait commencé par les narines, quatre mois auparavant, et avait fait peu à peu irruption au dehors. Les os avaient été détruits : cette masse fongueuse saignait avec la plus grande facilité et fournissait à la pression un pus crémeux dans certains points, tuberculeux dans d'autres. L'état général était deplorable : amaigrissement, aspect cachectique, pouls faible et fréquent, digestions difficiles; il y avait, en outre, un ulcère de mauvais caractère sur un des pieds, ulcère qui avait succédé à un abcès froid indolent. Le fongus fut excisé à l'extérieur, et l'extirpation pratiquée avec des pinces à polype pour celui renfermé dans les fosses nasales. Pas d'amélioration; le malade fut mis à l'usage de l'huile de foie de morue; mais elle fut mal supportée et il s'en trouvait assez mal, lorsque le phosphate de chaux lui fut administré à la dose de 40 centigrammes trois fois par jour. A partir de ce moment, l'amélioration ne cessa de faire des progrès, le malade se colora, la maladie locale prit un meilleur aspect, et la cicatrisation était presque complète lorsque M. Stone publiait le fait.

Dans le second fait, jeune fille de vingt-quatre ans, d'une santé délicate; toux sèche et perte d'appétit depuis un mois et demi. L'auscultation montrait la partie supérieure des deux poumons infiltrée de tubercules, dont quelques-uns en voie de ramollissement. Toux presque incessante, expectoration peu abondante, consistant en un mucus visqueux, strié de pus et parfois de sang; pouls à 120; amaigrissement considérable; suspension des menstrues; fièvre le soir; sueurs nocturnes. La malade fut mise à l'usage de l'huile de foie de morue, et traitée par quelques calmants. Elle avait déjà ressenti quelques bons effets de ce traitement après quinze jours; cependant, comme l'amélioration n'était pas très considérable et que l'appétit surtout ne reparaissait pas, M. Stone joignit à l'huile de foie de morue l'administration du phosphate de chaux, à la même dose que pour le malade précédent. En peu de temps, l'appétit se releva, les sueurs disparurent, la coloration devint meilleure. En quelques mois, il y eut une transformation : à peine si la malade toussait; l'embonpoint était revenu, et les règles se montraient avec plus de régularité qu'elles ne l'avaient fait dans les deux années précédentes.

Enfin, dans le troisième cas, chez un enfant de sept ans, d'une constitution scrofuleuse, atteint d'une diarrhée qui durait depuis plus d'une année, et qui l'avait réduit à un marasme des plus avancés, sans qu'il y eût cependant une altération matérielle bien appréciable, après avoir essayé sans succès beaucoup de moyens, M. Stone voulut essayer le phosphate de chaux, à la dose d'un gramme à 1 gr. 25 c. par jour, en trois doses. Le dévoiement se suspendit très-rapidement sous l'influence de ce moyen, et la petite malade reprit ses forces et son embonpoint.

Tels sont les faits de M. Stone : on voit que, dans les deux premiers, le phosphate de chaux a été associé à l'huile de foie de morue, qui n'avait pas encore eu d'effet bien marqué; et cette circonstance est de nature à affaiblir la confiance qu'on pourrait avoir dans le moyen recommandé par ce médecin. Néanmoins, nous appelons l'attention sur les effets remarquables que le phosphate de chaux a paru produire dans les deux derniers cas sur les voies di-

gestives ; et ce médicament n'aurait-il d'autre résultat que de relever l'appétit et de faciliter les digestions chez les scrofuleux et les phthisiques, que sa place serait encore assez bonne et son utilité assez grande. (*New-Orleans med. Journ.*, et *Southern med. and surg. Journal*, novembre.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*De la valeur et des indications de l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la*). L'importance de cette question nous engage à y revenir, et nous pouvons le faire avec d'autant plus de profit que, dans la publication d'un ouvrage remarquable sur les maladies du poumon, un des médecins les plus distingués de l'Angleterre, placé à la tête de l'un des hôpitaux de Londres destinés à recevoir les phthisiques, M. le docteur Walshe, nous fournit sur cette question des renseignements dont nous devons faire profiter nos lecteurs. Sans doute M. Walshe est grand partisan de l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire : il place ce médicament au-dessus de tous ceux que nous possédons, à cause de l'amélioration rapide et effective qu'il amène dans les symptômes généraux et locaux. Sa puissance pour guérir la maladie, dit-il, est indéterminée ; et, par guérison, il entend, avec la suspension des progrès de cette cruelle affection, la puissance de produire dans l'organisme des modifications telles, que la production de nouveaux tubercules soit moins probable qu'après la suspension des accidents qui suit d'autres moyens. De même, la persistance des bons effets produits par son administration ne paraît pas jusqu'ici limitée. Voici maintenant en quoi consistent ses effets les plus remarquables : dans les cas favorables, cette huile augmente l'embonpoint et le poids avec une rapidité singulière, en dehors de toute proportion avec la quantité de médicament ingérée, de sorte qu'elle s'oppose d'une manière inconnue à la production du marasme et rend l'assimilation plus facile ; de plus, elle suspend les sueurs colliquatives, relève l'appétit, diminue la toux et l'expectoration, fait cesser les maux de cœur produits par la toux, et amène la disparition graduelle des signes physiques de la maladie. Chose curieuse ! ainsi que l'avait déjà constaté Williams, ses effets sont relativement plus marqués dans la troisième période de la maladie que dans les périodes précédentes. Mais M. Walshe n'hésite pas à reconnaître qu'il est des cas dans lesquels elle fait peu de bien, et ce sont ceux dans lesquels le poids n'augmente pas. Dans quelques cas aussi, les malades ne peuvent en supporter l'administration, soit parce qu'elle répugne à l'estomac, trouble l'appétit sans nourrir et produit des nausées, soit parce qu'elle occasionne la diarrhée ; dans ces derniers cas, on parvient cependant quelquefois à la faire supporter, soit en l'associant avec quelque acide minéral, soit en la combinant avec les astringents. Les inflammations intra-thoraciques et l'hémoptysie constituent autant de contre-indications à l'emploi de l'huile de foie de morue, mais seulement pour un temps ; car on peut y revenir un jour ou deux après la cessation de l'hémoptysie, par exemple, sans crainte de la reproduire. La diarrhée, au contraire, quelle qu'en soit la cause, qu'elle soit liée à une péritonite chronique, à une lésion de sécrétoin ou à des ulcérations intestinales, n'est pas une contre-indication ; jamais elle n'est aggravée par l'huile de foie de morue. De tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, celui sur lequel l'huile a le moins de prise est la dyspnée. Enfin, chose singulière, les effets favorables sont d'autant plus marqués, que l'on a affaire à de plus jeunes sujets. (*Ranking's half early abstract.*)

TUMEURS DU SEIN (*Sur un symptôme négligé de certaines*), *l'écoulement par le mamelon.* M. Nélaton s'est étendu longuement, dans une de ses dernières leçons cliniques, sur le diagnostic d'une tumeur volumineuse du sein, dont l'extirpation allait être pratiquée. C'était une agglomération de kystes ; et ce professeur, après avoir insisté sur toutes les circonstances capables d'établir ce diagnostic, en a trouvé une dernière preuve dans l'existence d'un signe que chacun peut constater : c'était l'écoulement par le mamelon d'un liquide sanguinolent. M. Nélaton n'avait pas, chez cette malade, reconnu ce symptôme par un simple effet du hasard. Il l'avait, au contraire, interrogée dans ce sens,

ayant déjà, dit-il, remarqué plusieurs fois que, dans les kystes multiples de la mamelle, on peut, en pressant les tumeurs, faire sortir par un des orifices des conduits lactifères une ou plusieurs gouttes d'un liquide brunâtre, semblable à de la bière ou à du sang très-fluide.

Ce fait attira l'attention de M. Richard, qui résolut d'interroger et d'examiner désormais les malades dans ce sens. Voici quel est le résultat des observations qu'il a recueillies. Le liquide sortant du mamelon, chez les femmes affectées d'hypertrophie partielle de la mamelle, est une sécrétion lactiforme, habituellement, mais pas toujours, mélangée à une certaine quantité de sang. Il y a une sorte de dégradation depuis la crème presque pure, puis le colostrum, l'eau rousse, le sang sirupeux, les crises hémorrhagiques séparées par l'apparition d'un liquide jaunâtre, jusqu'à l'écoulement de sang pur.

Toutes les tumeurs qui ont présenté ce symptôme sont de même nature : hypertrophie partielle de la glande mammaire; mais la forme et le degré de la maladie varient. Le sang a surtout été abondant dans les formes ramollies avancées, avec commencement de kystes, et, au contraire, la sécrétion a diminué dans les formes assez peu avancées, encore dures, et qu'on nommerait pancréatiques avec Abernethy, adénoïdes avec M. Velpeau, les premières formes répondant au sarcôme cystique des Anglais.

Le signe développé par M. Nélaton pour les kystes multiples de la mamelle est il de même nature que celui que nous venons d'étudier? — Richard le pense : on ne peut établir de limites tranchées entre l'hypertrophie partielle et les kystes multiples. C'est une seule et même maladie, mais à des états différents. Tantôt la production hypertrophique des parois des culs-de-sac domine, tantôt les cavités de ces culs-de-sac augmentent au point de former des poches souvent considérables qui, la plupart du temps, continuent à communiquer avec les canaux excréteurs de la glande; la sécrétion morbide s'effectue dans ces kystes et la pression peut les vider en partie. Il peut aussi arriver que la perméabilité des canaux galactophores cesse d'exister, et alors la tumeur peut acquérir un volume considérable.

Il serait désirable de pouvoir établir les lois de la fréquence et de la généralité du symptôme dont il est ici question; cela demande l'étude et la comparaison d'un grand nombre de cas. Jusqu'aujourd'hui, M. Richard, après avoir vu un grand nombre de tumeurs du sein pendant cinq mois, sur vingt-sept cancers du sein confirmés, examinés la plupart au microscope, n'a pas observé un seul cas d'écoulement d'aucune sorte par le mamelon, tandis que les observations dans lesquelles ce symptôme a été étudié ont été prises sur un nombre de tumeurs bénignes de moitié moins considérable.

En résumé, l'écoulement du mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle, et son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein.

VARIÉTÉS.

Un mot sur les modifications apportées à quelques institutions médicales.

Sans vouloir blâmer en rien ce qui vient d'être décidé, nous voyons avec peine qu'aucune institution ne peut acquérir chez nous de la force et de la stabilité. Il y a quelques années, le concours paraissait le vrai, le seul moyen de faire de bons professeurs, ou, du moins, d'en prouver l'aptitude. Aujourd'hui, c'est le contraire, et l'on s'est exprimé, à cet égard, avec une franchise qui n'est pas sans amertume, nous disons plus, sans ingratitude. Autrefois, on exagérait les avantages du concours; aujourd'hui, on le déprécie, on n'en remarque que les inconvénients; double défaut de justice et d'impartialité. Cependant, où est l'homme de bon sens qui ne sache que

toute institution a ses avantages et ses inconvénients ; c'est d'après la balance et les résultats bien observés qu'il convient de porter un jugement définitif. Le concours a donc ses défauts, nous ne le nions pas, mais l'élection par présentation n'a-t-elle pas aussi les siens ? Et nous ne serions nullement embarrassés pour les mettre en relief.

Nous ne dirons donc pas, le concours est tout et prouve tout en médecine et en chirurgie ; c'est la manifestation évidente, la pierre de touche du mérite; mais nous ne craignons pas non plus d'affirmer que c'est la preuve d'une éminente aptitude à enseigner. En effet, de quoi s'agit-il ? Non-seulement d'un savant, mais d'un homme qui sache communiquer son savoir, qui ait l'art d'instruire avec méthode et avec clarté. Qui ne sait professer a, par cela même, un talent sans puissance et sans étendue ; car sa propagation ne sera jamais ni forte, ni directe, ni rapidement communicative. D'où il résulte, il nous semble, qu'un bon professeur est et doit être immédiatement issu d'un concours ; par là on a pu juger, *coram populo*, ce qu'il est, ce qu'il peut et ce qu'il vaut. La facilité d'élocution, l'art de rendre ses idées, d'exposer les principes de la science, de les inculquer à la jeunesse sont des qualités d'abord innées, mais qui se perfectionnent par l'habitude de parler en public ; or, sans ces qualités, il n'est pas de professeur possible, on n'a qu'un discoureur fatigant, un pédagogue ennuyeux, dissertant pesamment devant un rarissime auditoire, si même il y a d'autre auditoire que les bancs et les bustes de marbre qui ornent la salle.

On dit : le concours écarte de l'enseignement des hommes d'un incontestable mérite, et qui n'osent en courir ni les chances ni les hasards. Cela est possible. Mais, d'une part, s'ils n'ont qu'un mérite intrinsèque, pour ainsi dire, sans l'art de le communiquer, où est l'injustice ? De l'autre, ceux qui se présentent au concours ne sont-ils pas aussi, pour le très-grand nombre, des savants distingués, des hommes d'un talent reconnu ? On remarque que les compétiteurs pour une chaire ne sont pas des jeunes gens, comme on le donne presque toujours à entendre ; ce sont, au contraire, des hommes faits, mûris par l'expérience, déjà signalés à l'estime publique par des travaux qui ont fondé leur réputation. Non, le concours n'est pas tout au profit de ceux qui savent parler, discourir, débiter leur science, avec plus ou moins d'à-plomb et de volubilité ; tout ne tient pas à une active faculté de loquèle et de mnémonique.

Quelles garanties, assure-t-on encore, peut présenter le concours ? Ne sait-on pas ce qui va se passer ? *Le choix est fait d'avance.* Il faut bien peu connaître l'esprit du concours en général, et complétemen ignorer ce qui s'y passe, pour s'exprimer de la sorte. On peut affirmer, au contraire, qu'à moins d'une supériorité incontestable, d'une supériorité hors de rang, ce qui est très-rare, les chances sont parfaitement égales, et que souvent le vainqueur est celui qu'on n'attendait pas. Cela est tellement vrai que, dans un des derniers concours à la Faculté de Paris, plusieurs membres du jury disaient : « On peut mettre les noms des concurrents dans une urne et confier la nomination au hasard ». Tous étaient, en effet, des hommes d'un éminent mérite.

Sans doute que, dans l'institution même du concours, le chapitre des considérations a sa part ; il y a la partie secrète, les ressorts cachés, les intrigues, les compromis, les capitulations, les promesses, les obsessions,

les influences, les sollicitations plus ou moins puissantes, les engagements pris d'avance, les concessions mutuelles, etc. Tout cela appartient à la faiblesse humaine, et aucune institution n'y pourra mettre obstacle. Cependant ce qu'il y a de remarquable, c'est que malgré ces sourdes menées, ces intrigues ourdies avec plus ou moins d'habileté, il est impossible que le choix tombe sur un homme médiocre, ce sera toujours *insignis inter insignes;* s'il en était autrement, la réprobation publique contre le jury imprimerait à celui-ci un cachet d'ineptie à jamais indélébile. Et, qu'on ne s'y trompe pas, l'auditoire de l'amphithéâtre, malgré sa turbulence, a souvent un esprit d'impartialité qui en impose et neutralise le favoritisme. Une réputation mal fondée, une célébrité véreuse y sont estimées ce qu'elles valent. Beaucoup de ces jeunes gens, d'un esprit droit et éclairé, ne sont pas toujours de l'avis de la fortune ; c'est là un des priviléges de la jeunesse. Au reste, il est fort peu d'hommes absolument médiocres qui osent se présenter dans un concours, et ceux mêmes qui ne réussissent pas se font encore une belle place dans l'opinion publique. Par cela même qu'ils ont concouru pour une chaire sans trop de désavantage, leur nom, leurs ouvrages, leurs opinions scientifiques ont du retentissement. L'institution du concours a encore cet avantage, c'est qu'elle excite le zèle des jeunes médecins ou chirurgiens qui veulent se produire ; elle prépare les progrès, fonde les réputations ; elle met très-souvent en dehors le mérite obscur, les talents ignorés, en présentant un but évident, une récompense à leurs travaux ; enfin, elle est comme une pépinière de professeurs futurs, comme une école normale libre, qui souvent donne une large et forte impulsion à l'enseignement ; c'est ainsi qu'elle entretient une sève ardente et généreuse qui maintient une saine vigueur dans l'arbre scientifique.

Nous sommes loin de prétendre, par ce que nous avons dit, que l'institution par simple présentation et au choix n'ait aussi ses avantages, on ne saurait les nier sans injustice. Seulement, nous avons essayé de faire voir combien est grande l'erreur de ceux qui, n'envisageant qu'un des côtés de la question, blâment aujourd'hui le concours et le condamnent avec autant de rigueur qu'on l'exaltait autrefois. C'est maintenant à l'institution par présentation à prouver combien elle est supérieure à l'autre ; on pourra, dès lors, comparer les résultats, c'est-à-dire juger l'arbre par ses fruits.

A ces réflexions si sages de M. Reveillé-Parise, sur l'abolition du concours, nous en ajouterons quelques-unes sur les modifications apportées depuis à deux autres institutions médicales ; nous voulons parler des médecins des eaux minérales et des médecins-directeurs des asiles d'aliénés. Le décret sur la décentralisation administrative, en venant enlever au ministre la nomination à ces places, pour la déléguer aux préfets des départements dans lesquels ces établissements se trouvent situés, détruit l'avenir de ces institutions. Pour le service des asiles, la centralisation avait été un bienfait ; elle assurait aux malheureux aliénés des soins hygiéniques et médicaux uniformes et bien entendus, et un avenir aux médecins qui se consacraient au traitement des maladies mentales. L'intérêt des malades et celui des médecins sont solidaires, et tous deux étaient sauvegardés, puisque ces derniers étaient envoyés d'abord dans les asiles les moins importants et passaient successivement, suivant leur valeur et leur aptitude, à la direction des établissements les plus considérables. Il y avait donc, dans cette sorte de roulement, un avancement pour les médecins aliénistes qui assurait, en

même temps, aux asiles les plus importants les hommes les plus instruits.

Le mal est moins grand en ce qui concerne la nomination aux places de médecins des eaux minérales ; cependant la centralisation avait signalé un vice, qu'un savant illustre, M. le professeur Dumas, avait tenté de combler pendant son trop court passage au ministère : c'était l'institution de cliniques thermales. Ces cliniques, auxquelles allaient s'instruire six internes des hôpitaux de quatrième année, devaient former plus tard une pépinière de médecins, ayant trois années d'études spéciales des principales eaux minérales, parmi lesquels on aurait pu choisir les plus dignes pour les placer dans les établissements thermaux. Espérons que l'on reviendra sur ces déterminations.

Un nouveau décret, qui vient réglementer l'enseignement universitaire, contient l'article suivant : « Les étudiants des Facultés de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès lettres. Ils doivent produire le diplôme de bachelier ès sciences avant de prendre leur première inscription. » Des deux diplômes, celui que l'on conserve est le moins important, puisque une grande partie des connaissances qu'il suppose sont exigées pour le premier examen du Doctorat.

Le décret sur l'organisation de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires, dont nous avons annoncé la prochaine publication, a paru au *Moniteur*. Nous en rapporterons seulement les dispositions principales : les trois divisions professionnelles sont réduites à deux par la fusion de la médecine et de la chirurgie. Le cadre des médecins militaires est fixé, pour le temps de paix, à 7 médecins-inspecteurs, 40 médecins principaux de première classe, 40 de deuxième classe, 100 médecins-majors de première classe, 100 de deuxième classe, 340 médecins aides-majors de première classe, autant de deuxième classe.—Les médecins inspecteurs, au nombre de 3 ou de 5, désignés chaque année par le ministre, font partie du Conseil de santé des armées; ils sont chargés en outre des inspections médicales, et peuvent être employés à la direction du service médical des armées.

Il est institué une école spéciale de médecine et de pharmacie militaires dans laquelle sont réunis les élèves des Facultés qui se destinent au corps de santé de l'armée.

Les médecins sont soumis au principe de la subordination du grade inférieur au grade supérieur, en ce qui concerne l'art de guérir et l'exécution du service; en ce qui concerne la discipline, l'exécution des règlements et la police des hôpitaux, ils sont soumis aux officiers de l'intendance militaire chargés de la direction administrative de ces établissements.

Cet article du décret est le point le plus important et le plus discutable de cette organisation ; il ramène sous la juridiction de l'intendance militaire le corps des officiers de santé qui, depuis vingt ans, aspirait à fonctionner sous l'action de ses propres chefs; il détruit l'homogénéité de la famille des médecins militaires, et consacre un fait administratif qui n'a pas d'analogue dans l'armée.

Dans la nouvelle organisation, la solde est augmentée sensiblement pour tous les grades. Les inspecteurs ont par an 10,000 fr. ; les principaux de

première classe, 6,000 fr.; les principaux de deuxième classe, 5,400 fr.; les majors de première classe, 4,200 fr.; les majors de deuxième classe, 3,500 fr.; les aides-majors de première classe, 3,000 fr.; les aides-majors de deuxième classe, 2,500 fr.

Les conditions de l'avancement sont : nul ne peut être major de première classe s'il n'a servi au moins pendant deux ans dans le grade d'aide-major de deuxième classe; major de deuxième classe qu'après deux ans de grade d'aide-major de première classe; major de première classe qu'après quatre ans du grade inférieur; principal de deuxième classe qu'après trois ans du grade inférieur; principal de première classe qu'après deux ans du grade inférieur; inspecteur qu'après trois ans du grade inférieur.

Les médecins et les pharmaciens inspecteurs reçoivent le salut des sentinelles par la présentation de l'arme. — Les médecins et les pharmaciens principaux, les médecins et les pharmaciens majors et aides-majors reçoivent le salut des sentinelles par le port de l'arme. — Les médecins et les pharmaciens reçoivent les honneurs funèbres par des détachements dont le nombre varie suivant le grade. Les officiers de santé militaires et auxiliaires prennent leur rang de préséance à la suite de l'état-major du corps auquel ils sont attachés.

Les deux places d'inspecteur du service de santé des armées, créées par ce décret, viennent d'être remplies par la promotion à ce grade de M. Maillot, professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, et de M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique. On ne peut qu'applaudir à ce choix qui récompense des services et des talents également signalés.

Voici la liste des candidats, par ordre de mérite, arrêtée par la section d'accouchements pour la place vacante à l'Académie : MM. Lenoir, Depaul, Jacquemier, Devilliers, Collombe, F. Hatin. C'est la seconde fois que la section porte M. Lenoir en première ligne.

Le corps médical de Paris vient de faire deux nouvelles pertes; celle de M. Rochoux, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux et auteur de plusieurs ouvrages estimés, et celle de M. Thierry-Valdajou, père de M. Al. Thierry, ancien directeur de l'assistance publique et l'un de nos confrères les plus estimés.

M. Seutin vient de rendre à ses confrères de Bruxelles le banquet que ceux-ci lui avaient offert lors de son retour de Russie. Plusieurs médecins français, parmi lesquels MM. J. Guérin et Ricord, assistaient à ce banquet à la fin duquel une médaille a été offerte à M. Seutin comme une marque éclatante de l'estime du corps médical belge pour le fondateur de la méthode amovo-inamovible.

Une circulaire de l'administration supérieure recommande de prendre les mesures nécessaires pour que, dans l'intérêt de la santé des ouvriers, le blanc de zinc soit employé préférablement au blanc de céruse dans les travaux à exécuter aux bâtiments des communes et établissements publics.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA VACCINATION, COMME MOYEN CURATIF DES CROUTES LAITEUSES.

Peut-être ces mots *croûtes laiteuses* surprendront-ils quelques-uns de nos lecteurs ; peut-être se demanderont-ils comment, après les travaux si nombreux qui ont marqué le commencement de ce siècle et qui ont illustré les noms de Willan, d'Alibert, de Biett, après les lumières que ces travaux ont jetées sur l'histoire des maladies cutanées et en particulier du cuir chevelu, après ces divisions établies sur des caractères extérieurs d'une appréciation facile, permettant de poser un diagnostic rapide, et remarquables par leur simplicité, on peut encore faire usage d'une de ces expressions surannées et complexes, sans signification bien déterminée et reposant sur une circonstance tout à fait secondaire et fortuite. A cela, nous n'avons qu'une chose à répondre, c'est que cette simplicité si vantée, et dont nous ne voudrions pas cependant nier l'influence heureuse sur l'étude graphique des maladies de la peau, a des inconvénients nombreux dans la pratique ; car elle tend à jeter çà et là dans des groupes éloignés des maladies qui, par leurs conditions de développement, par leurs causes, par leur marche, par leur transformation même les unes dans les autres, ne sauraient être séparées, sans briser la continuité du fil pathologique ; elle tend à faire considérer comme des maladies essentiellement différentes des affections qui reconnaissent les mêmes influences et cèdent aux mêmes moyens de traitement. Que l'on nous dise ce qu'est devenu, au milieu de cette réforme, le groupe si naturel des gourmes, des croûtes laiteuses, teigneuses, etc., disséminées dans l'impétigo, dans l'eczéma, dans l'eczéma impétiginodes, etc. Que l'on nous dise où le praticien trouvera, dans un ouvrage moderne, les bases du traitement à suivre contre cette modalité pathologique. Ajoutons cependant, pour être juste, que dans un ouvrage récent, publié par M. Cazenave sur les maladies du cuir chevelu, notre honorable confrère n'a pas hésité à signaler ce côté faible des classifications dites naturelles, et à se rendre à l'évidence, en restituant aux achores leur véritable place dans le groupe des maladies du cuir chevelu ; peut-être y avait-il quelque chose de plus à faire, en revenant de suite à l'ancienne dénomination, en reprenant le mot *gourme* dans son acception logique et étiologique ; mais nous n'en devons pas moins des félicitations à M. Cazenave, pour avoir osé proclamer bien haut cette vérité.

Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que, chez les jeunes enfants, il

survient vers le cuir chevelu, souvent même sur le visage et sur une grande partie du corps, des éruptions liées le plus ordinairement à un état général qui se résume bien évidemment dans la prédominance d'une constitution molle, lymphatique, de ce qu'on appelle un tempérament blanc. Certaines conditions particulières à l'enfant semblent faciliter le développement de cette maladie : ainsi, on la voit coïncider avec le travail de la dentition; ainsi, et surtout, elle paraît évidemment sous l'influence de l'alimentation : on la voit surtout chez les enfants qui sont soumis à un régime lacté trop abondant, qui mangent trop de bouillie; elle semble même, dans certains cas, être sous la dépendance d'un état particulier de la nourrice. Telles sont les conditions étiologiques que le médecin doit avoir présentes à la mémoire. Après cela, que l'éruption soit formée de pustules particulières contenant un liquide moins épais que celui de l'impétigo, plus consistant que celui des vésicules impétigineuses, et plus disposées à laisser des exulcérations suintantes; qu'elle soit entretenue par des éruptions successives de pustules d'un blanc jaunâtre, groupées çà et là, donnant lieu à la formation de petites croûtes verdâtres, de lamelles assez épaisses recouvrant des surfaces rouges, humides, excoriées, et semées de petites croûtes moins allongées, formées par du sang desséché (*achores*) ; ou bien qu'elle se montre sous la forme de petites pustules, remplacées par des croûtes minces, répandues sur divers points, peu adhérentes (*croûtes de lait* proprement dites) ; que le suintement soit plus abondant, que les croûtes plus épaisses deviennent plus adhérentes en se séchant et constituent de véritables *galons*, toutes formes que les auteurs modernes rattachent à l'impétigo ; que les éruptions aient ou non entraîné des engorgements ganglionnaires; toujours est-il qu'à travers les variétés sans nombre que peuvent affecter ces éruptions, il est impossible de ne pas saisir le lien commun, et bien que les altérations locales soient susceptibles, dans certains cas, et par leur exagération même , de réclamer des soins particuliers, les dermatologistes ont toujours été d'accord sur ce point, que les indications générales priment, dans ces affections, les indications locales.

Ce point bien établi, nous tenons à appeler l'attention des médecins sur les heureux résultats que peut avoir la vaccination pratiquée de bonne heure chez les enfants affectés de gourme ou de croûtes laiteuses. Ce n'est pas, au reste, une chose nouvelle, bien qu'elle soit à peu près oubliée aujourd'hui ; et tous ceux qui ont attaché leur nom à la propagation de la vaccine, Jenner, Sacco, M. Husson, Griva, Chevalley, de Rivaz, Menicucci, Noli, Parola, Vasi, Berthollet, Percy, Halley, etc., ne manquèrent pas de signaler l'action curative de la vaccine

sur les croûtes lymphatiques ou laiteuses. Mais ces faits peu nombreux avaient besoin d'être vérifiés sur une grande échelle, et c'est ce qui vient d'être fait, avec grand succès, par un médecin italien, M. le docteur Sarti, chargé, depuis dix-huit ans, de vaccinations dans les Marches, et qui évalue à près de 4,000 les vaccinations qu'il a pratiquées dans cet intervalle.

Parmi les individus qu'il a vaccinés enfants, la plupart étaient affectés de croûtes laiteuses, sèches ou humides, récentes ou invétérées ou récidivantes, qui sont d'ailleurs très-communes dans le pays; néanmoins M. Sarti n'a gardé de notes que sur 93 enfants, tous affectés, à un plus ou moins haut degré et dans une plus ou moins grande étendue, de croûtes laiteuses de toutes les variétés et à différentes phases de leur développement, dont quelques-uns avaient beaucoup souffert dans leur nutrition, et d'autres présentaient des engorgements ganglionnaires, au cou principalement. Or, voici les résultats qu'il a obtenus, tant relativement à la marche de la vaccination chez ces enfants, que sous le rapport des modifications que cette opération a apportées dans l'état des éruptions du cuir chevelu.

Sous le premier point de vue, la vaccination, pratiquée au bras par quatre ou huit piqûres, suivant l'âge des enfants, et suivant l'étendue de l'affection du cuir chevelu, parcourut régulièrement ses périodes, et produisit les résultats les plus heureux sur 32 de ses enfants. Chez 9 d'entre eux, l'un et l'autre résultat ne fut obtenu qu'à la seconde vaccination, la première ayant échoué. Sur 48 enfants, la vaccine eut encore les résultats les plus heureux, bien qu'elle n'eût pas suivi sa marche ordinaire, les pustules ne s'étant montrées que du neuvième au douzième jour de la vaccination. De plus, sur 32 de ces 48 enfants, la lenteur avec laquelle se fit l'éruption fut suivie d'un retard dans la marche des pustules vaccinales, puisque les croûtes ne se détachèrent que plus de trente jours après cette petite opération. Chez deux enfants, il n'y eut qu'une fausse vaccine, et une nouvelle vaccination ne donna pas d'autre résultat. Enfin, chez deux autres enfants, la vaccine, pratiquée plusieurs fois, échoua complétement.

Sous le second point de vue, celui relatif aux modifications apportées par la vaccine aux éruptions du cuir chevelu, voici les résultats auxquels est arrivé M. Sarti. Sur 25 des 89 enfants vaccinés avec succès, l'état des croûtes laiteuses s'est amélioré sensiblement à partir de la chûte des croûtes vaccinales, et sans qu'il y ait eu plus tard des rechutes; de même, on a vu diminuer d'une manière presque aussi constante l'engorgement glandulaire. Sur 58 de ces 89 enfants, la dessiccation des pustules vaccinales terminée, les croûtes laiteuses ont marché rapide-

ment vers l'amélioration pour disparaître totalement et pour toujours, peu après la chute des croûtes vaccinales, laissant les enfants dans un meilleur état de santé, y compris la disparition des engorgements ganglionnaires, qui paraissaient symptomatiques dans beaucoup de cas de l'affection du cuir chevelu; et les 37 enfants qui avaient souffert plus ou moins dans leur nutrition ont repris un certain degré d'embonpoint. Sur les 6 restants de ces 89, tous présentant des croûtes laiteuses rebelles, d'ancienne date et fort étendues, à forme sèche chez deux d'entre eux, à forme humide chez les 4 autres, non-seulement il n'y eut pas d'amélioration ni de guérison, mais les achores allèrent en augmentant, diminuant ensuite pour reprendre de nouveau leur fâcheux caractère avec d'assez longues alternatives. Enfin, chez les deux sujets chez lesquels il n'y a eu que de fausses vaccines, de même que chez les deux chez lesquels la vaccination a échoué à plusieurs reprises, il n'y a pas eu de changement en mieux ni de guérison des croûtes, sinon à une époque plus éloignée et après diverses phases d'augmentation.

Telles sont les expériences et les recherches qui ont conduit M. Sarti à considérer la vaccine comme un puissant agent de modification dans les cas de ce genre, et à poser les conclusions suivantes, que nous reproduisons avec lui :

1° La vaccination est un moyen très-efficace pour améliorer l'état des individus affectés de croûtes laiteuses, puisque, dans 25 cas sur 89, dans lesquels la vaccine a réussi, il y a eu une diminution prompte et durable dans les phénomènes de cette affection.

2° La vaccination peut être, à plus forte raison, considérée comme un moyen absolu de guérison dans ces cas, puisque de 89 enfants vaccinés avec succès, 58 ont guéri de leurs achores, promptement, complétement et définitivement.

3° Comme contre-épreuve des effets modificateurs de la vaccine dans le traitement des croûtes laiteuses, il faut poser ce fait que ces dernières n'ont parcouru leurs phases ordinaires de développement, et ne sont arrivées à guérison tardivement que dans deux cas, dans lesquels la vaccine n'a pas pris, et dans deux autres, dans lesquels il y a eu une fausse vaccine.

4° Si, dans 6 cas sur 89, il n'y a eu aucun effet favorable sur les croûtes laiteuses, il n'en faut rien conclure contre l'efficacité du vaccin, d'une part, à cause du petit nombre de cas dans lesquels il a échoué, et de l'autre, à cause de la durée ancienne et de la grande étendue des croûtes laiteuses.

5° Les engorgements ganglionnaires surtout, s'ils sont secondaires ou symptomatiques des croûtes laiteuses, comme cela a lieu le plus sou-

vent, trouvent dans la vaccination l'amélioration ou la guérison.

6° Enfin, l'état d'amaigrissement des enfants affectés de croûtes laiteuses, quelque loin qu'il soit porté, ne doit pas détourner le médecin de pratiquer la vaccination, parce que les effets dynamiques occultes et salutaires de la vaccine, tout en guérissant les croûtes laiteuses, amènent une amélioration remarquable dans la nutrition, ainsi qu'on l'a vu dans les 37 cas précédemment cités.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot, à l'adresse de ceux qui pourraient encore conserver des doutes sur l'efficacité réelle de la vaccine dans les cas de ce genre, c'est que ce n'est pas seulement dans le cas de croûtes laiteuses que l'on a pu observer l'influence heureuse exercée par la vaccination ; il nous serait facile de citer des faits nombreux dans lesquels la vaccine, par l'amélioration marquée qu'elle a produite dans l'état de la santé d'individus attaqués d'affections lentes et chroniques, par le stimulus qu'elle a imprimé à la constitution des malades, a amené des guérisons inespérées dans des cas bien autrement graves et rebelles. Nous renvoyons, pour plus de détails, aux traités spéciaux sur la vaccine. Il nous suffit d'avoir éveillé l'attention des médecins sur la possibilité de faire servir la vaccination chez les jeunes enfants à l'amélioration et à la guérison de certaines maladies ; et, soit dit en passant, voilà de quoi faire justice de ces diatribes, de ces accusations dont la vaccine a été l'objet dans ces derniers temps de la part de personnes fort heureusement étrangères à la médecine.

NOTE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES,

Lue à la Société de médecine par M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Suite et fin) (1).

Obs. V. *Accidents abdominaux intermittents. Traitement antiphlogistique. Accès pernicieux méconnu. Mort.* — Mme M., cinquante-un ans, à part quelques légères palpitations provenant d'une légère hypertrophie du cœur, jouissait d'une bonne santé habituelle. Un jour de marché, le 30 décembre 1832, étant sur la place, elle éprouve un malaise abdominal, qui la force de prendre le lit. Je la visite aussitôt. Elle ne s'explique point elle-même ce qu'elle ressent. Point de chaleur à la peau, ni de fréquence du pouls; pour tous symptômes, un travail indéfinissable dans le ventre, et une sécheresse équivoque de la langue. Je prescris une tisane adoucissante, un julep sirop fleurs d'oranger, des fomentations sur l'abdomen, des lavements et de légers sinapismes aux

(1) Voir la livraison du 15 avril, p. 289.

pieds. Deux heures après, je revois la malade qui se dit soulagée; la sécheresse de la langue persiste. Dans la soirée, les accidents acquièrent une intensité réelle; on dirait que les intestins se tordent; le moral s'exalte, le découragement, les craintes prédominent. En mon absence, on court chercher un autre médecin qui blâme mes prescriptions et conseille l'application de quinze sangsues à l'anus. Il s'était placé vis-à-vis de moi dans un état d'hostilité flagrante. Dès lors je déclarai vouloir demeurer étranger à la direction du traitement, quoiqu'à titre d'ami de la famille je continuasse des visites de convenances et d'attachement. L'amendement des symptômes ne fut pas tout à coup sensible. Toute la nuit et le jour suivant il y eut un agacement nerveux que n'expliquait nullement l'apparence extérieure. La seconde nuit fut au contraire plus calme; le mieux se soutint également dans la journée; mais déjà au commencement de la troisième nuit, Mme C. n'était plus si bien. Le sommeil fut interrompu par des rêvasseries, et le matin s'ouvrit une nouvelle période de souffrances, qui, analogue à la précédente, mais plus grave, dura comme elle une trentaine d'heures. Cette fois la rémission fut moins prolongée et moins nette, et comme auparavant aussi elle fut suivie d'une troisième crise. Mon incertitude était grande, et pour me tenir à l'écart, n'eussé-je eu que ce motif, il eût été suffisant. Pourtant en supputant les moindres incidents de cette marche insidieuse de la maladie, je m'imaginai, dans ce dernier accès, en entrevoir le caractère. Je dis confidentiellement un mot du soupçon que je formais. Le porta-t-on à son adresse? je l'ignore; le médecin du moins n'en tint compte, et la mort fut la conséquence d'un quatrième accès.

Obs. VI. *Fièvre typhoïde. — Accès pernicieux intercurrents. — Guérison.* — Le nommé F..., garçon meunier, âgé de vingt-trois ans, commet quelques excès et contracte une fièvre typhoïde. L'affection se développait régulièrement lorsqu'au sixième jour se déclarent inopinément de formidables accidents; toute la nuit il y a, mêlée à une agitation continue, une prostration extrême; on n'espère plus rien du malade. Au matin, néanmoins, cet appareil symptomatique se dissipe, mais pour reparaître non moins intense la nuit suivante. Est-ce un épiphénomène de l'état typhoïde? N'y aurait-il pas intercurrence d'accès pernicieux? Le retour du calme, comme la veille, me confirme dans la dernière hypothèse, et je fais prendre à l'intérieur et surtout en lavement du sulfate de quinine. Un troisième accès survint encore, mais moins intense, et la fièvre typhoïde parcourut sans accidents nouveaux ses périodes. F... n'entra en convalescence qu'au bout d'un mois.

Indépendamment de la transformation réciproque des deux espèces

morbides, on a cité comme preuve de leur identité la fréquence de la fièvre pernicieuse en temps d'épidémie. Les faits que j'ai observés ne m'ont fourni à cet égard que des données équivoques.

Obs. VII. *Manie intermittente pernicieuse.* — *Sulfate de quinine.* — *Guérison.* — Le 30 septembre 1834, je fus appelé près de Mme L... Cette dame, âgée de cinquante-cinq ans, accoutumée à une vie paisible et d'une santé délicate, était vivement préoccupée d'un procès qu'un voisin lui intentait pour un mur mitoyen. Après quelques semaines de langueur et de tristesse, elle était tombée dans un violent accès de manie; sa physionomie est bouleversée, ses yeux hagards; elle vocifère sans cesse; ses propos sont incohérents; elle injurie, crache au visage et caresse tout à la fois; elle sort de son lit, enlève sa chemise et reste nue sur le pavé. Malgré cela, son pouls demeure à peu près normal. Je pratique une saignée du bras et prescris un bain prolongé pendant deux heures, des réfrigérants sur la tête, des sinapismes aux jambes et des boissons tempérantes. Le lendemain, il y avait un peu moins d'agitation; 20 sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes, et la malade est de nouveau mise au bain. Le jour suivant, la lucidité est presque complète; il y avait eu un bon sommeil dans la nuit. Je suis aussi heureux que surpris d'une amélioration si rapide; mais mon illusion ne fut pas de longue durée; vingt-quatre heures n'étaient pas écoulées que le désordre mental avait reparu. Saignée du pied, nouveaux bains, etc. Même marche et même durée de la crise, même retour de la raison. Une troisième fois, et après un semblable intervalle, les accidents se reproduisent et mettent la vie en danger. Nul doute possible, il s'agit d'une fièvre pernicieuse sous forme d'aliénation mentale; j'attends le déclin de l'accès et j'administre le sulfate de quinine. Un quatrième accès se montre plus faible que les autres, ce fut le dernier. Chacun de ces accès s'était prolongé quarante-huit heures.

Je clos cette liste de faits que je pourrais grossir. Parmi ceux que je passe sous silence, il n'en est guère qui n'offrissent à considérer quelque particularité intéressante, notamment ceux dans lesquels le diagnostic porté de prime abord s'est trouvé vérifié, et par l'efficacité du traitement et par les accès subséquents apparaissant à heure prévue. Toutefois, on m'a raconté l'histoire d'une dame dont la mention instructive me paraît mériter ici une place. Si tant est qu'il y ait eu une fièvre pernicieuse, comme je le suppose, ce cas prouvera de quelles aberrations un sentiment mal fondé est susceptible. La grave maladie dont Mme M... était atteinte présenta ainsi les alternatives les plus tranchées d'une recrudescence funeste et d'une guérison apparente. Son médecin, jeune

encore dans l'exercice, était en hostilité avec le pharmacien de l'endroit, qu'il se figurait être plus favorable à un confrère son rival. (De telles inimitiés n'entachent pas exclusivement notre profession médicale.) Ne se rendant pas compte d'exacerbations qui démentaient incessamment ses espérances, il eut la malheureuse pensée de s'imaginer que le pharmacien mêlait aux médicaments prescrits des substances délétères. Une garde-malade aurait été comprise dans le crime. Il aurait cru remarquer, en effet, que les symptômes menaçants coïncidaient avec les jours de présence de cette femme. Vision pure, sans doute. N'est-il pas plus naturel de croire à des accès pernicieux?

Tous ces faits démontrent que la maladie dont nous nous occupons n'est pas seulement *pernicieuse*, mais surtout *insidieuse*. Même en la reconnaissant, on ne saurait l'affirmer d'une manière positive. Y a-t-il du moins quelques signes qui mettent dans la voie? On a pensé que sous le masque qui les recouvrait, il était toujours possible, en y regardant de près, de constater quelques-uns des stades caractéristiques de la fièvre intermittente. Cela peut et doit être dans les grandes épidémies, où les cas pernicieux ne diffèrent souvent des cas ordinaires que par l'exagération de certaines lésions fonctionnelles. A l'exception d'un petit nombre, il ne nous a point paru qu'il en fût ainsi dans la plupart des nôtres. Ni collectivement ni séparément, les périodes de frisson, de chaleur et de sueur n'ont ostensiblement constitué le *substratum* des accès. Eussent-elles existé, d'ailleurs, on concevrait aisément que ces éléments dépendissent plutôt du trouble occasionné dans les organes importants de l'économie.

L'imprévu des accidents, leur forme anormale, les inégalités de leur cours, leur soudaine et souvent inexplicable gravité, la transition non moins inattendue d'un état menaçant à une situation faussement rassurante, telles sont les circonstantes sur lesquelles doit s'appuyer le diagnostic. Ainsi ne se produisent point, ainsi ne marchent point les maladies continues. Or, en face de tels phénomènes, il importe de bien se renseigner, quand on le peut, sur tout ce qui en a précédé l'invasion. Cette recherche conduit souvent à la reconnaissance d'accès fugaces, inaperçus, qui éclairent sur la nature de celui qu'on a sous les yeux et sur la venue de ceux qu'on peut craindre. Quelque symptôme anormal caractérise presque toujours ces accès préliminaires. Dans une grave pneumonie, dans un rhumatisme violent, le courage moral du patient est à la hauteur des souffrances. Ici, il y a un je ne sais quoi d'indéfinissable qui provoque une anxiété, une crainte non justifiée par l'état apparent des organes; un secret pressentiment semble avertir le malade du péril auquel il est exposé.

Rarement le pouls fournit des indications certaines ; souvent il est petit, inégal, mou, et d'une fréquence qui permet à peine de le compter. Mais dans beaucoup de cas aussi, malgré l'intensité du trouble morbide, il s'éloigne peu du rhythme normal ; quelquefois même il acquiert une remarquable lenteur. Les urines, de leur côté, éprouvent des modifications, mais qui n'ont été que vaguement appréciées. On rencontre, au contraire, un symptôme qui, lorsqu'il existe, est de nature à inspirer la plus vive défiance, je veux parler d'une certaine *sécheresse de la langue*, qui commence dans les accès, souvent les précède ou les suit. Aucun signe, à mon avis, ne dénote plus sûrement les lésions profondes des centres nerveux. Chez nos aliénés, nous en faisons tous les jours l'expérience ; c'est un *criterium* infaillible qui nous sert à constater l'existence ou l'imminence des congestions cérébrales.

En général, le pronostic des fièvres pernicieuses est très-grave. Toutefois, si, traitées par des moyens insuffisants, elles se terminent le plus souvent par la mort, il en est tout autrement lorsqu'on leur oppose à temps une médication appropriée. Trente-deux de nos malades ont guéri ; tous avaient pris du sulfate de quinine. Sept seulement ont succombé du deuxième au quatrième accès ; aucun, soit précipitation des symptômes, ou méconnaissance de la maladie, n'avait été soumis à son administration. Ce résultat avantageux ne nous est pas particulier ; il aurait été obtenu par d'autres praticiens, qui considèrent le traitement de la fièvre pernicieuse comme le triomphe de l'art. Dans les relevés produits par les auteurs, on signale du reste de nombreux revers ; mais MM. Maillot, Nepple, etc., laissent seulement supposer, sans que cela soit exprimé formellement, l'emploi du moyen fébrifuge. Jamais, à proprement parler, nous n'avons constaté de rechutes, à moins que l'on ne regarde comme telles un accès de forme apoplectique qui emporta le malade à un an de distance de la première affection, et des fièvres intermittentes simples survenues après deux ou trois semaines chez cinq des individus atteints d'accès pernicieux. Ces derniers faits sembleraient établir le lien d'affinité que nous avons révoqué en doute entre les deux variétés fébriles.

En ce qui concerne la thérapeutique, voici la règle que j'ai suivie : m'appelait-on pendant l'intermittence ? aussitôt que possible je donnais le sulfate de quinine, afin de conjurer ou de modérer plus sûrement l'accès redouté. Etait-ce, au contraire, dans le fort de la crise ? Présumant que l'action du spécifique était de nature à l'aggraver, je cherchais d'abord à favoriser l'heureuse issue des accidents, suivant les cas, par quelques sangsues à l'anus ou aux oreilles, des bains, des

révulsifs, des boissons calmantes, etc. Leur déclin était le signal de l'administration du sulfate de quinine ; la dose en variait de 80 à 120 centigrammes fractionnés dans les intervalles apyrétiques. La guérison obtenue, je continuais encore le médicament pendant plusieurs jours, mais à doses décroissantes. Ce mode est-il préférable? Y aurait-il inconvénient à faire prendre le fébrifuge au moment ou même dans le cours des accès (1)? Sur ce point, le préjugé sert peut-être autant de guide à la pratique, que des faits convenablement recueillis et analysés. La certitude ne pourrait provenir que d'expériences qui, je l'ai déjà dit dans cette enceinte, sont encore à entreprendre.

DELASIAUVE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLES REMARQUES SUR LES VARICES ARTÉRIELLES (ANÉVRYSME CIRSOÏDE) DU CUIR CHEVELU : CAS DE GUÉRISON PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

Une bonne détermination des espèces anatomiques morbides est sans aucun doute la meilleure base sur laquelle les chirurgiens peuvent s'appuyer dans leurs tentatives thérapeutiques nouvelles. Tant que cette connaissance première n'est pas acquise, on voit les moyens de traitement varier avec les idées théoriques que les auteurs se sont faites de la nature de la lésion, et les procédés opératoires ne peuvent être réduits, on le conçoit, à leur formule la plus simple. Nous en avons fourni un exemple dans une de nos dernières livraisons, en mon-

(1) A la question posée par notre confrère, nous pouvons répondre, et les lecteurs du *Bulletin* peuvent répondre avec nous, car nous nous sommes expliqué très-nettement à cet égard et nous avons rapporté des faits en assez grand nombre pour lever tous les doutes, que non-seulement il n'y a aucun inconvénient à faire prendre le fébrifuge, dans le cas de fièvre pernicieuse, au moment ou même dans le cours des accès, mais encore que cette conduite est rigoureusement indiquée, toutes les fois qu'il y a à craindre que l'intervalle entre la rémission de l'accès qui précède le début de celui qui suit, ne soit trop court pour permettre à l'antipériodique d'être absorbé et d'agir utilement. M. Bretonneau a même donné le précepte de commencer l'administration du quinquina au milieu du paroxysme et dès qu'on en a constaté les caractères pernicieux. Nous ajouterons, comme réflexion générale, que, dans les cas douteux, l'emploi du sulfate de quinine nous paraît devoir être toujours tenté, parce que, dans notre conviction fondée sur les faits et sur l'observation, ce médicament peut rendre les plus grands services et ne peut jamais avoir d'inconvénients ni de résultats fâcheux. (*Note du rédacteur.*)

trant que la nature hypertrophique de certaines tumeurs de la cavité buccale devait conduire désormais les chirurgiens à procéder à leur extirpation à l'aide d'une simple incision de l'enveloppe kystique; tandis que nos devanciers, convaincus qu'ils avaient affaire, dans ces mêmes cas, à des tumeurs de mauvaise nature, sacrifiaient le plus possible des tissus sains, lorsqu'ils croyaient en pouvoir tenter l'extirpation. Outre les dangers que créaient des opérations semblables à cause des éléments complexes qui entrent dans la composition anatomique des régions au sein desquelles ils avaient à pratiquer ces extirpations, les résultats définitifs laissaient des vides regrettables, car, dans la cavité buccale, il est peu de parties qui n'aient leur fonction.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions qui n'ont d'autre but que de légitimer les détails dans lesquels nous croyons devoir entrer, toutes les fois que ces détails peuvent faire éviter des écueils contre lesquels la grande expérience clinique de nos maîtres est venue se briser plus d'une fois, toujours est-il que la détermination plus précise de la nature des altérations morbides qui font partie du domaine de la chirurgie permet encore de leur appliquer certains modes de traitement qui ont été couronnés de succès dans des affections à peu près semblables. C'est sur une tentative de cette sorte que nous voulons aujourd'hu arrêter l'attention de nos lecteurs; si elle vient à se répéter, comme tout nous porte à l'espérer, nous compterons un moyen de plus pour combattre une maladie redoutable : les varices artérielles du cuir chevelu.

Confondu longtemps avec les tumeurs fongueuses sanguines, l'anévrysme cirsoïde en a été séparé, on le sait, pour la première fois, par Dupuytren, sous le nom de varices artérielles, puis étudié d'une manière complète par Breschet. Nous n'avons pas à revenir sur les détails d'anatomie pathologique dans lesquels nous sommes entré (V. t. XXXIII, p. 40), à propos d'un fait emprunté à la clinique de M. Robert. Depuis cette époque, ce chirurgien est venu lire à l'Académie de médecine un travail sur le même sujet, et si nous n'en avons pas fait mention, c'est que les conclusions formulées par notre savant confrère étaient semblables à celles que nous avions posées, à savoir qu'elles signalaient les bons résultats de la ligature de la carotide primitive dans les cas d'anévrysme cirsoïde siégeant au cuir chevelu.

La ligature de la carotide vient donc marquer un progrès dans le traitement de cette maladie redoutable qui, par sa marche naturelle, doit le plus souvent amener la mort; toutefois, la preuve que ce progrès n'est pas assez considérable encore pour arrêter les recherches des chirurgiens, c'est, à notre avis, le fait de Dupuytren rapporté par M. Robert.

« En 1825, dit M. Robert, je rencontrai à la consultation de l'Hôtel-

Dieu le nommé Dumand, à qui Dupuytren avait lié l'artère carotide droite, sept ans auparavant, pour une tumeur érectile de l'oreille, compliquée de varices artérielles des régions temporale et occipitale du même côté. Cette tumeur reconnaissait pour cause un nævus; elle était parvenue à un volume considérable, et avait donné lieu à des ulcérations rebelles, à de graves hémorrhagies; enfin, elle avait résisté à la compression et à la ligature des artères temporale, occipitale et carotide externe droite. Depuis que l'artère carotide primitive avait été liée, la tumeur n'avait pas, il est vrai, diminué de volume; mais les hémorrhagies n'avaient pas reparu; les ulcérations s'étaient cicatrisées, et Dumand avait pu reprendre sa vie active. C'était là un résultat très-heureux, et dont je fus vivement impressionné.

« Je perdis de vue le malade, et j'ignorais depuis longtemps ce qu'il était devenu, lorsqu'en 1850, c'est-à-dire trente-deux ans après l'opération, je le rencontrai de nouveau. J'étais curieux de savoir ce qui s'était passé chez lui durant cette longue période. Voici les renseignements qu'il m'a donnés : En 1832, seize ans après la ligature, une hémorrhagie se manifesta pour la première fois, à la suite de fatigues physiques et d'émotions morales très-vives. L'écoulement sanguin provenait de l'oreille; on eut quelque peine à l'arrêter. Dans le cours de la même année cet accident se renouvela deux ou trois fois; mais on parvint toujours à le maîtriser par la compression.

« En 1848, les mêmes causes produisirent une nouvelle hémorrhagie assez abondante, ayant le même siége, et dont on triompha par les mêmes moyens. Depuis cette époque il n'est rien survenu de nouveau. Voici aujourd'hui dans quel état se trouve la maladie : l'oreille droite est volumineuse, déformée, rouge, chaude, tendue; elle offre, en un mot, les caractères des productions érectiles. A son pourtour, et surtout à la tempe, se voient plusieurs tumeurs de la grosseur d'une noisette, fournies par la dilatation variqueuse des artères auriculaire, occipitale et temporale. L'une d'elles, plus volumineuse, placée au-devant du tragus, est, depuis ces dernières années, le siége d'un accroissement progressif extrêmement lent. Toutes ces parties présentent un mouvement d'expansion sensible à la vue et au toucher, mais peu considérable.

« Il m'importait beaucoup de savoir par quelles voies le sang artériel vient alimenter ces tumeurs. J'ai donc exploré l'artère carotide primitive et la carotide externe derrière l'angle de la mâchoire; elles ne présentent que de très-faibles battements. Mais l'examen des téguments du crâne m'a fourni des résultats sur lesquels j'appelle toute l'attention : le rameau frontal de l'artère temporale gauche, considérablement dilaté, a

acquis le volume de l'artère radiale ; il est très-flexueux et traverse le sommet de la tête pour aller se rendre dans les tumeurs du côté droit. Le toucher et la vue y constatent de très-forts battements. En arrière, l'artère occipitale gauche a subi une ampliation plus considérable encore, et se comporte de la même manière. C'est par les artères tégumentaires de la carotide gauche que le sang est rapporté dans la tumeur.

« L'observation que je viens de rapporter montre que la ligature de l'artère carotide, si elle n'a pas guéri le malade, a été pour lui, du moins, un immense bienfait. A part quelques hémorrhagies survenues à de longs intervalles, il a pu traverser sans accident une période de trente-deux ans, alors qu'il était voué, avant l'opération, à une mort inévitable et prochaine. Aujourd'hui il se livre à des occupations parfois pénibles, et néanmoins sa santé est telle qu'il ne présente pas moins de chances de longévité que tout autre individu de son âge. »

Ce résultat était assez remarquable pour engager M. Robert à avoir recours à la ligature de la carotide dans le cas pour lequel il était consulté. La seule indication curative à remplir était, en effet, d'empêcher l'abord du sang dans le lacis vasculaire formé par les artères du cuir chevelu, et nous avons montré, dans l'article que nous rappelions tout à l'heure, qu'il y était parvenu en pratiquant la ligature des deux carotides. Nous rappelons ce fait, parce que nous pouvons ajouter que la guérison s'est maintenue depuis six années, et que ce beau résultat légitime les conclusions suivantes formulées par cet habile chirurgien :

« L'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, parvenu à un certain degré de développement, peut être combattu seulement par la ligature de la carotide primitive du côté malade.

« Si cette première tentative ne suffit pas pour arrêter les progrès du mal, il faut recourir à la ligature de la carotide de l'autre côté, en ayant soin de laisser un intervalle entre les deux opérations.

« Cette pratique, disait en terminant M. Robert, pallie les accidents les plus graves ; elle permet aux ulcérations de se cicatriser pendant les hémorrhagies, dont elle diminue la gravité et la fréquence, et peut arrêter la marche de la maladie. »

Au point de vue de l'intervention de l'art, on doit établir une distinction entre les deux formes sous lesquelles se produit cette lésion du système artériel. La forme qu'on observe le plus fréquemment est sans contredit celle dans laquelle la maladie est produite par une plaie contuse des téguments ou la présence d'une tumeur érectile. La maladie débute alors par l'extrémité terminale de l'artère. Si l'on

parvient à déterminer l'oblitération des vaisseaux dilatés, la maladie est enrayée, détruite; si, au contraire, la maladie est abandonnée à elle-même, on voit la dilatation envahir les divisions principales du tronc artériel.

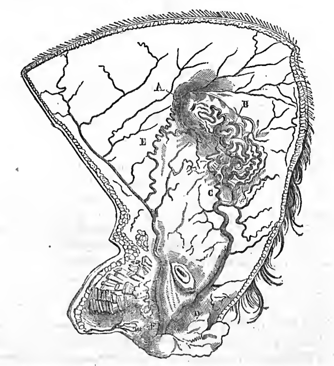
La figure ci-jointe, donnée par Breschet, est copiée sur une pièce conservée dans le musée Dupuytren. Elle donne une idée de l'augmentation de calibre et de l'allongement que peut subir un tube artériel. Breschet, dans son travail, a décrit avec soin les altérations présentées par les artères anévrysmales; il montre que dans cet état simultané d'allongement et de dilatation, les tuniques sont épaissies et amincies; mais il ne peut rien dire sur la cause occasionnelle de la maladie, car la pièce sur laquelle il l'étudiait avait été trouvée sur un cadavre apporté aux amphithéâtres de la Faculté pour servir à l'enseignement pratique de l'anatomie. L'étude attentive de cette pièce nous porte à penser que l'anévrysme cirsoïde reconnaissait pour cause une tumeur érectile située à la base des doigts médius et annulaire. Nous avons vu récemment, en consultation avec M. Amussat, un cas exactement semblable; seulement les dilatations et les flexuosités de l'artère cubitale avaient pris un développement beaucoup plus considérable. Les hémorrhagies auxquelles la maladie donnait lieu déterminèrent le malade à se laisser amputer le bras. Nous reviendrons sur ce fait lorsqu'il aura été communiqué à la Société de chirurgie. M. Miller mentionne dans ses Principes de Chirurgie un fait que nous rappellerons tout à l'heure. La varice artérielle, dans ce cas, avait eu son point de départ entre le pouce et

l'indicateur de la main gauche, et le malade, qui était un peintre distingué, rapportait la lésion à la pression de la palette.

Nous avons signalé dans notre première note que c'est au cuir chevelu qu'on a eu l'occasion de constater le plus fréquemment ces dilatations anévrysmales des troncs artériels ; or, ce siége de prédilection a frappé M. Robert et l'a porté à chercher s'il n'existait pas dans les artères des téguments du crâne des conditions de structure capables de les prédisposer à ce genre d'altération. Les études microscopiques que ce chirurgien a fait entreprendre dans ce but sur les artères frontales, temporales, occipitales, etc., n'ont amené aucun résultat. Il faut bien le dire, les causes prédisposantes nous échappent le plus souvent, et ce ne sont point les recherches histologiques qui peuvent nous les faire découvrir ; ce qu'il importe de savoir, au point de vue pratique, c'est que cette altération du système artériel peut non-seulement être produite par la présence d'une tumeur érectile congéniale, mais encore se développer à la suite d'une contusion des téguments du crâne. A part ces dispositions inconnues de l'économie, qui prédisposent les tissus à subir un genre d'altération plutôt qu'un autre, les circonstances anatomiques des artères des téguments du crâne rendent parfaitement raison de la plus grande fréquence de leur dilatation anévrysmale : leur position superficielle, leur inclusion dans un derme épais, leur rapport avec le plan osseux du crâne, tout concourt à leur faire subir les effets les plus considérables que peuvent produire les violences extérieures, l'inflammation traumatique. La disposition flexueuse des artères, et surtout le développement plus considérable dans leurs extrémités terminales B en rapport avec la place contuse A, ainsi qu'on le peut constater sur la gravure ci-dessus, semblent prouver la nature de la lésion ; c'est, en effet, la disposition anatomique que les études microscopiques permettent de constater dans les vaisseaux, lorsqu'ils deviennent le siége d'une inflammation.

Le dessin que nous publions a été copié sur une pièce présentée à la Société de chirurgie par M. Maisonneuve ; c'est un nouvel exemple d'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. Voici, en peu de mots, l'histoire de ce cas. Une femme de trente-huit ans se heurte violemment la région pariétale droite contre l'angle d'un meuble ; quinze jours après, une tumeur bosselée, comme variqueuse et pulsatile, apparaît dans le lieu contus. Les progrès en sont tellement rapides, qu'au bout de deux mois elle devient menaçante et oblige M. Maisonneuve à lier l'artère carotide. La malade ayant succombé aux suites de l'opération, le chirurgien est venu présenter à la Société la pièce ci-dessus, afin de montrer la disposition anatomique de ces sortes de tumeurs. Le cuir che-

velu est vu ici par sa face interne, afin de mieux suivre l'altération subie par les artères temporale F et auriculaire postérieure D. On voit en A la cicatrice de la plaie contuse, qui a déterminé le développement de la maladie. Nous avons déjà signalé un fait très-curieux dans l'histoire de cette affection, c'est que l'altération variqueuse débute par l'extrémité terminale de l'artère contuse ; on voit que les divisions de l'artère auriculaire B ont acquis une dimension supérieure à celle du tronc principal de ce vaisseau D. Un second fait, non moins important à noter, est la solidarité des vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage de la plaie contuse ; ainsi, dans la figure ci-dessus, on voit la dilatation variqueuse s'emparer de la branche de l'artère temporale E, qui se trouvait en rapport avec la solution de continuité. Cette marche de la maladie rend raison de l'inefficacité du traitement, par la ligature, de ces sortes de tumeurs, dans les cas où l'on s'était borné à lier un seul vaisseau ; car le sang ne tardait pas à revenir dans la tumeur par une des branches des artères voisines. Pour obtenir la guérison il fallait donc porter la ligature sur le tronc principal, ainsi que l'a formulé M. Robert.



Si la cause traumatique, au lieu d'atteindre un seul point des tégu-

ments du crâne, porte sur une grande étendue, la maladie présente alors une autre forme. Ce n'est plus l'apparence d'une tumeur, mais l'aspect de véritables varices, ayant pour siége tout le système artériel du cuir chevelu.

M. Cloquet en a cité un bel exemple lors de la discussion du mémoire de M. Robert à l'Académie. Un noble espagnol fut arrêté par des brigands et assommé à coups de bâton ; ces coups avaient porté sur le côté droit de la tête. A la suite de ces lésions, il se développa une dilatation anévrysmale des artères de tout le côté droit du crâne et de la face. Cet étranger vint à Paris pour trouver les moyens de guérison. Lorsque M. Cloquet le vit avec M. Orfila, les artères temporale, occipitale et auriculaire étaient énormes, presque aussi volumineuses que le petit doigt ; les battements étaient distincts dans les petites artères comme dans les grosses, de sorte que le malade éprouvait des pulsations très-incommodes. Les bruissements dans l'oreille droite étaient assez forts pour troubler son sommeil. La ligature des artères fut proposée ; mais le malade n'étant disposé à se soumettre à aucune opération, il fut convenu que l'on ne ferait rien du tout.

M. Cloquet perdit le malade de vue pendant à peu près dix années ; et lorsqu'il le revit depuis, les dilatations anévrysmales, à son grand étonnement, avaient disparu, sans laisser la moindre trace.

M. Velpeau a cité aussi deux cas dans lesquels les malades, légèrement incommodés par des lésions semblables, avaient pu, pendant de nombreuses annnées, continuer à travailler. Mais les renseignements fournis par le savant chirurgien nous portent à penser que les faits qu'il a rappelés appartiennent aux anévrysmes artérioso-veineux, et non à des varices artérielles.

Si l'art peut ne pas intervenir dans les cas semblables à celui de M. Cloquet, si l'on peut confier la guérison aux ressources si puissantes, en certains cas, de la nature, il n'en est plus de même dans les faits semblables à ceux signalés par M. Robert. Abandonner la maladie à sa marche naturelle, c'est laisser échapper l'occasion d'en triompher à l'aide de moyens beaucoup moins graves que la ligature de la carotide primitive.

L'analogie que cette affection présente avec quelques tumeurs érectiles a porté les chirurgiens à lui opposer quelques-uns des moyens employés à combattre les nævi materni. Nous avons déjà fait mention des ressources que présentaient la compression, la cautérisation, la suture entortillée et la galvano-puncture employées au début de la maladie. Mais nous n'avions aucun fait à citer à l'appui de nos assertions.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, et le fait ci-dessous, que nous devons à l'obligeance de M. Nélaton, vient justifier nos assertions.

Comme la plupart des nævi materni, le développement de l'anévrysme cirsoïde se fait du centre à la périphérie; or, n'était-il pas permis d'espérer qu'un moyen qui viendrait provoquer l'oblitération des vaisseaux dilatés pourrait amener la disparition complète de la maladie?

Des divers moyens dont on pouvait essayer l'application au début de l'affection, un des plus puissants était la galvano-puncture; restait à savoir si, sous l'influence du courant circulatoire, le caillot déterminé par l'électricité ne serait pas détruit; l'observation suivante montre qu'il n'en est pas ainsi dans tous les cas; d'ailleurs on pourrait, par la compression, s'opposer à la dissolution du caillot et venir en aide à l'oblitération du tube artériel.

Obs. Une jeune femme, d'environ vingt années, se présente à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traitée d'une tumeur qu'elle portait à la partie moyenne du front. Lorsqu'elle entra dans le service de M. Nélaton, cette tumeur, située au-dessus de la bosse nasale, s'étendait au plus vers le côté gauche du front; son diamètre était d'environ 3 centimètres; elle était manifestement constituée par des vaisseaux repliés sur eux-mêmes, dont on constatait très-facilement les flexuosités par le toucher, et l'on percevait en même temps un frémissement, prononcé surtout au moment de la diastole artérielle. Lorsque l'oreille venait à remplacer le doigt, on constatait un bruit de souffle continu avec renforcement. Ces varices artérielles s'étaient montrées, au dire de la malade, peu de temps après une forte contusion reçue deux ou trois mois auparavant. Le diganostic ne pouvait être douteux pour l'habile chirurgien; c'était une tumeur constituée par la dilatation anévrysmale des troncs artériels situés dans cette région.

Les discussions qui avaient lieu à la Société de chirurgie ne pouvaient laisser de doute dans l'esprit de M. Nélaton sur la valeur de la ligature des troncs artériels qui alimentaient la tumeur; mais la situation de cette dernière sur la ligne médiane du front eût exigé la ligature des deux troncs carotidiens; or, la maladie était-elle assez étendue pour se conformer à l'enseignement fourni par les faits de MM. Robert et Maisonneuve? M. Nélaton ne le pensa point, et préféra tenter l'action de la galvano-puncture sur cette tumeur.

L'électricité fut appliquée de la manière suivante: deux aiguilles furent implantées dans les points de la tumeur où l'on sentait des battements très-apparents, puis mises en rapport avec un système de piles de Bunsen, composé de 30 couples, que l'on fit agir par courant non

interrompu pendant dix minutes. La douleur fut très-faible, même pendant la durée de l'action de l'électricité; et le lendemain, à la visite, on appréciait les bons résultats de cette première application. Dans le rayon d'un centimètre du point d'implantation de l'aiguille qui avait été mise en contact avec le pôle positif de la pile, on constatait une dureté témoignant de la coagulation du sang contenu dans les flexuosités artérielles qui constituaient cette portion de la tumeur.

Une semblable application de l'électricité fut pratiquée huit jours plus tard dans un autre point de la tumeur, et amena le même résultat. Bref, six séances de galvano-puncture suffirent pour éteindre les battements dans toute l'étendue de la tumeur, et amener l'oblitération du lacis d'artères qui la constituait. Les parties dures se résorbèrent peu à peu, sans ramener la perméabilité des varices artérielles, et la guérison de cette jeune femme vint montrer que la galvano-puncture ne mérite pas le dédain que certains chirurgiens en ont fait en ces derniers temps.

Cette application de la galvano-puncture au traitement de l'anévrysme cirsoïde n'est pas, du reste, la première tentative qui en ait été faite. M. Miller, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg, raconte, dans la dernière édition de son ouvrage *Principles of surgery*, deuxième édition, page 604, qu'ayant à traiter une varice artérielle développée dans la paume de la main, il essaya, avant de recourir à la ligature, d'amener l'oblitération de la tumeur par l'acupuncture et le galvanisme, mais sans succès. Nous mentionnons le fait de M. Miller tout en faisant remarquer qu'il manque de détails sur le nombre des tentatives et la manière dont elles ont été exécutées, de sorte que ce fait ne vient pas détruire les espérances que nous permet de concevoir le cas de guérison obtenu par M. Nélaton.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS DE PHARMACIE PRATIQUE SUR LA TEINTURE D'IPÉCACUANHA,

Note adressée à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Par G. F. Leroy, pharmacien à Bruxelles.

Les médicaments officinaux, pendant la réposition ou conservation, lorsqu'ils sont placés dans des conditions convenables propres à les préserver de toute altération, subissent de ces modifications tellement profondes qu'elles nécessitent l'obligation de les rejeter de l'usage de la pharmacie.

On est généralement porté à considérer les alcoolés ou teintures alcooliques, en raison de la nature du véhicule qui sert à les préparer, comme les médicaments officinaux les plus stables. Aussi, peu de pharmacologistes se sont-ils occupés des altérations qu'ils éprouvent.

Parmi ceux qui s'en sont occupés, je citerai particulièrement : 1° Baumé, qui a remarqué que la teinture de safran dépose une matière analogue au succin. (Eléments de pharmacie, 2e édition, 1769.)

2° Guibourt, qui a présenté à l'Académie de médecine de Paris des considérations sur les changements de composition qu'éprouve la teinture d'iode, suivant le temps écoulé depuis sa préparation (année 1846).

3° Bastick désirant s'assurer de la nature des altérations auxquelles les préparations alcooliques sont sujettes, différentes teintures furent placées pendant plusieurs mois dans les conditions dans lesquelles elles se trouvent dans une officine, c'est-à-dire exposées à une température variant de 60 à 80° Fahrenheit, dans des bouteilles à moitié remplies et en permettant de temps en temps le renouvellement de l'air.

En les examinant quelque temps après, il reconnut que la plupart avaient subi la fermentation acétique à un degré plus ou moins élevé, et que l'alcool s'était graduellement converti en acide acétique. Les teintures avaient généralement perdu de leur couleur et de leur saveur, et contenaient un précipité qui était redissoluble en partie dans une proportion d'alcool correspondante à celle qui avait été décomposée. (Pharmaceutical journal and transactions, 1848.)

Les alcoolés préparés avec de l'alcool faible sont les plus sujets à ce genre d'altération.

4° La teinture de kino se modifie tellement par le temps, qu'elle passe de l'état liquide à celui de gelée. Ce changement d'état est même un excellent caractère pour s'assurer si le cachou n'a pas été substitué au kino dans cette préparation (Dorvault. L'Officine, 1850, 3e édition) (1).

Généralement les pharmacologistes considèrent que les teintures ne se détériorent que par l'évaporation de l'alcool qui sert de véhicule, et que cette évaporation a pour effet de trop les concentrer, de donner lieu à la précipitation d'une partie des principes qui étaient tenus en solution.

Je ne partage pas cette opinion d'une manière absolue ; je suis porté à croire, au contraire, que dans beaucoup de cas les précipités qui se forment dans les teintures ont une autre cause que celle de l'é-

(1) Je constate ce fait depuis plus de dix-huit années, et je l'ai rapporté dans le Journal de Pharmacologie, première année, 1845.

vaporation d'une partie du véhicule, et qu'elle réside dans une modification qui s'opère dans une partie des principes tenus en solution et qui, devenant moins solubles ou même insolubles, se précipitent.

Au nombre de ces précipités je placerai celui qui se dépose presque d'une manière continue dans la teinture d'ipécacuanha.

Généralement les pharmaciens savent que cette teinture, peu de temps après sa préparation, abandonne un dépôt d'un blanc jaunâtre, très-léger, qui s'accroît chaque jour; si on la filtre pour l'en séparer, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'un nouveau dépôt commence à se former et qu'il faut de nouveau recourir à la filtration.

Ce n'est qu'au bout de trois ou quatre filtrations, après des intervalles les uns des autres de quatre à cinq semaines, qu'on arrive à peine à mettre un terme à la formation de ce dépôt.

Dans le courant de juillet de cette année, je préparai, d'après la Pharmacopée belge, avec les proportions y indiquées, la teinture d'ipécacuanha pour servir à la préparation du saccharolé du même nom.

Désirant suivre les différentes phases qu'elle présente et étudier autant que faire se pourrait la nature du précipité qui y prend naissance, car je ne sache pas que jusqu'ici on ait dirigé des recherches vers ce sujet, je profitai de l'occasion que m'offrait cette préparation.

Environ six semaines après sa préparation, cette teinture contenait un dépôt blanc jaunâtre assez abondant, très-léger, se levant par l'agitation.

Je laissai de nouveau se former le précipité; après quelques jours je décantai la liqueur claire, je jetai le dépôt sur un filtre. La liqueur provenant de la décantation et celle filtrée furent réunies et replacées dans le flacon.

Le précipité recueilli sur le filtre fut lavé à plusieurs reprises; je le mis à dessécher spontanément; mais m'apercevant, après vingt-quatre heures, qu'il devenait la proie d'une foule de petits cryptogames, à l'instar de la gélatine animale qui se dessèche lentement à l'air, je hâtai la dessiccation en portant le filtre dans un milieu de trente à trente-cinq degrés centigrades.

Ce dépôt, pendant la dessiccation, se déshydrate, change de couleur, passe au rouge brunâtre et est légèrement translucide; lorsqu'il est bien sec, il est friable.

La quantité obtenue de cette première filtration pesait 5 grains des P. B., ou 0,3250 dix-milligrammes, pour 1 once ou 32 grammes de racines employées vers la fin d'octobre; je recueillis comme précédemment le nouveau dépôt qui s'était formé: il pesait 1 grain des P. B., ou 0,065 milligrammes.

Maintenant, fin de novembre, un troisième dépôt a pris naissance et sera recueilli pour être réuni aux précédents.

Pendant tout le temps de l'observation la teinture n'avait point eu d'action sensible sur le papier de tournesol bleu, ni rougi.

Propriétés physiques du précipité. Il est solide, friable, d'une couleur brun rougeâtre, légèrement translucide, sans saveur.

Propriétés chimiques. L'éther, l'alcool, l'eau, froids et bouillants, sont sans action sur lui; les acides hydrochlorique, sulfurique, nitrique dilués sont sans action à froid.

L'acide nitrique concentré à froid ne paraît pas avoir d'action, mais porté à l'ébullition il l'attaque vivement en se colorant en rouge brunâtre.

Placé dans un tube de verre fermé par une de ses extrémités seulement, et l'extrémité ouverte étant garnie de deux papiers de tournesol, l'un rougit, l'autre bleuit. Si l'on porte le tube à la flamme d'une lampe à alcool, au bout de quelques instants d'exposition la matière se boursoufle, et ramène au bleu le papier de tournesol rougi.

Placé sur une lame de platine et exposé à la flamme de l'alcool, il se boursoufle, en répandant une odeur forte de matière animale brûlée ; il brûle sans s'enflammer et laisse pour résidu une cendre blanche. Cette cendre, traitée par les réactifs, a donné tous les caractères de la chaux.

Comme on le voit par ce court exposé, ce dépôt n'est nullement un produit qui serait le résultat de l'évaporation d'une partie de l'alcool qui tenait en solution les principes qui se sont déposés, mais bien une matière organique particulière, unie à la chaux, qui se forme aux dépens d'un principe azoté contenu dans les racines d'ipécacuanha. Quel est le principe azoté qui concourt à la formation de cette substance? A coup sûr ce n'est pas un de ceux que l'on rencontre habituellement dans les végétaux, car le fait que l'on observe avec la teinture d'ipécacuanha s'observerait pour des teintures faites avec d'autres racines.

Serait-ce l'*émétine* qui se dédoublerait? C'est là une recherche à faire. S'il en était ainsi, la teinture d'ipécacuanha serait à bon droit un médicament considéré comme infidèle.

D'après les caractères qu'assigne M. Willigh à son acide ipécacuanhiquè, ainsi qu'au sel de plomb tribasique (Journal de chimie et de pharmacie, octobre 1851), à une première lecture, s'entend, sans toutefois avoir fait de recherches sérieuses à cet égard, j'étais porté à croire que ce pouvait bien être à cet acide uni à la chaux qu'était dû ce précipité. Mais l'analyse que ce savant en a faite, et qui dénote

l'absence de l'azote dans sa composition, ne permet pas de conserver cette idée.

Comme on le pense bien, ces recherches sont loin d'être complètes, n'ayant pas à ma disposition suffisamment de précipité. Mais, en attendant que de nouvelles recherches viennent s'y ajouter, je n'ai pas voulu tarder plus longtemps de donner connaissance au monde savant d'un fait qui me paraît extraordinaire et unique jusqu'ici, et d'appeler en même temps l'attention d'hommes mieux placés que moi pour poursuivre ces recherches.

ESSAIS SUR LA MERCURIALE.

La mercuriale était très-renommée chez les anciens, à cause des grandes propriétés médicales qu'ils lui attribuaient. Pythagore, au dire de Pline, l'avait préconisée ; Hippocrate, Bergius, Murray, Brassavole, Honius, accordaient à cette plante de grandes propriétés que Poiret, Chambert et Chaumenton lui refusent, basant leur opinion sur ce qu'on la mange en Allemagne, comme des épinards ; il est certain cependant que dans ce pays on y emploie le suc de la mercuriale pour aider aux purgations. Toutefois, ce ne serait pas un argument qui prouverait l'inaction de ce médicament ; car il a été constaté par Pline, Glucke, Baptiste Porte, et beaucoup d'autres naturalistes modernes, qu'une plante peut être alimentaire sous un climat et vénéneuse sous un autre.

Pour nous, les *mercurialis annua* et *perennis* sont l'une et l'autre purgatives ; elles tuent souvent les animaux qui les broutent, après leur avoir occasionné des diarrhées aiguës : cet accident arrive souvent aux lapins de nos basses-cours.

Nous ne connaissons que fort peu de travaux sur les mercuriales ; les recherches d'Epiménide n'offrent rien de curieux. Morlot, Lémery, Baumé constatent leur action ; M. Guibourt et plusieurs autres pharmacologistes disent qu'elles contiennent un principe colorant bleu, et que leur suc bleuit le papier de tournesol. Nous n'avons vu nulle part qu'on ait isolé leur principe actif.

Les mercuriales vertes ont une forte odeur nauséabonde, fatigante ; elles contiennent une grande quantité d'albumine, d'extractif et d'eau de végétation ; distillées avec de l'eau, elles ne donnent aucune huile essentielle ; il est probable que leur principe aromatique se décompose à la température de l'eau bouillante.

L'hydrolat que l'on obtient a une odeur et une saveur forte, vireuse, détestable ; il provoque au vomissement, et serait probablement très-nuisible si l'on en faisait usage en boisson.

Nous avons remarqué (le fait est peut-être accidentel) que l'étamage du chapiteau dans lequel on distille la mercuriale vivace est toujours altéré.

La dessiccation fait perdre à ces plantes la presque totalité de leur action, et les extraits qu'on en obtient sont d'autant plus inactifs qu'ils ont été plus longtemps soumis à l'action du calorique et de l'air atmosphérique.

Nos essais nous portent à croire que la mercuriale annuelle doit sa propriété à une matière particulière, que nous en avons isolée en suivant le procédé que Bastick a employé pour la *lobelia inflata*.

Les expériences que nous tenterons avec des plantes vertes nouvelles et celles que nos confrères pourraient faire fixeront peut-être la science sur ce sujet. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE A M. LE DOCTEUR DEBOUT SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Par un scrupule qui vous honore, et qui marque d'un caractère particulier le journal que vous dirigez, vous avez cru devoir restreindre encore la portée de la solution que l'Académie de médecine a donnée à la question de l'avortement provoqué, dont M. le docteur Lenoir l'a saisie dans ces derniers temps. Cela ne suffit pas pour rassurer les incertitudes de votre conscience à l'endroit de cette grave question, et vous me faites l'honneur de me demander là-dessus mon sentiment.

J'ai été d'abord fort tenté de décliner un si périlleux honneur, mais j'ai craint que ce refus, sous l'ombre de la modestie, ne cachât une lâcheté, et toute hésitation a cessé : je vais donc répondre à votre trop bienveillante lettre.

Je ne dirai rien de la discussion savante qui a eu lieu à ce sujet à l'Académie, que vous avez suffisamment résumée, et où les hommes les plus autorisés ont compendieusement développé leurs sentiments. Tous ces messieurs ont parlé comme des anges, M. Cazeaux surtout a porté le poids du débat, sans plus fléchir qu'Atlas, c'est évident ; puis, cette discussion close, l'Académie a conclu en accordant à M. Lenoir, qui n'en avait nullement besoin, un bill d'indemnité, sans toutefois engager le moins du monde sa responsabilité morale pour les cas où la conduite de cet habile chirurgien serait imitée. Ceci est moins clair. Quand je me serai expliqué, vous verrez qu'en caractérisant ainsi et la discussion et le jugement qui l'a couronnée, l'antithèse n'est pas seulement dans les mots, mais aussi dans les choses qu'ils expriment.

Lorsqu'en effet on lit, avec l'attention qu'elle mérite, la savante

discussion que cette question a soulevée devant l'Académie de médecine, il est impossible de ne pas être frappé de la profondeur, de l'indépendance philosophique surtout de cette discussion, et où se sont produits les arguments les plus décisifs, les plus propres à obtenir l'assentiment des esprits. On a touché à tout dans ce mémorable débat : la statistique y coudoie la théologie; la morale et la physiologie s'efforcent d'y emboîter le pas, dans le plus touchant accord. Cependant, où conduisent souvent de si laborieux efforts ? à une conclusion qui ne satisfait aucun des hommes éminents qui se sont efforcés de porter la conviction dans l'esprit de la savante assemblée. Vous-même, mon cher confrère, en reprenant cette question dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, vous n'osez blâmer les médecins qui verraient, dans un cas donné, une indication à la provocation de l'avortement; mais, ne dites-vous pas, par suite d'un eudémonisme trop facile, que votre assentiment serait pour le médecin qui reculerait devant cette indication ? Ainsi, vous-même doutez avec l'Académie, flottez avec l'Académie au gré de deux vents contraires. Toutefois, tenez-vous ferme dans cette voie, car c'est de ce côté qu'est la vérité. Ne croyez pas, du reste, que c'est l'incertitude des résultats de la statistique sur ce point de tocologie qui fait hésiter l'Académie, qui vous fait hésiter vous-même sur cette question de pratique obstétricale; cela vient de plus haut, et les statistiques les plus complètes n'y feraient rien.

Vous ne tuerez pas, *Non occides*; cette loi, inscrite à la fois dans nos livres sacrés et dans la conscience humaine, comme une loi de Dieu que la science n'abrogera pas, protége le fœtus dans le sein de sa mère, aussi bien que l'homme dans toute la plénitude de la vie. La vie ne se mesure pas à l'étendue des organes, la vie ne se pèse pas; ce serait une puérilité que de le prétendre. Au point de vue de la métaphysique religieuse qui, seule, comprend tout l'homme parce qu'elle le suit dans les phases de sa double doctrine, la vie est un don de Dieu, une sorte de *jussus Dei*, pour employer une expression de Van-Helmont, que l'homme doit respecter jusque dans ses manifestations les plus obscures, jusque dans ses délinéaments les plus fugitifs. Les défaillances de la vieillesse qui s'éteint, les premières palpitations de la vie qui s'essaye, trouvent également dans cette loi souveraine, inflexible, l'appui humain dont elles ont besoin pour échapper aux dangers physiques qui les menacent. Telle est la sollicitude dont le christianisme entoure la vie, qu'il impute à crime à l'homme d'abuser de son aptitude procréatrice pour frauder les lois de la nature dans l'acte de la copulation ou dans les voluptés brutales de l'onanisme. La religion respecte la vie jusque dans l'existence où elle est en puissance, jusque

dans l'œuf amorphe d'où elle doit jaillir : et l'on voudrait que le médecin pût sans crime briser la vie en pleine activité, en plein développement ! Non, cela est impossible. C'est ici surtout qu'il faut se rappeler un mot profond de mon savant ami, le docteur Pidoux : « La matière n'est que l'accident de l'organisme, dont l'activité, au contraire, est la substance. » Notez bien qu'il ne s'agit ici que de la vie matérielle, si je puis ainsi dire ; qu'est-ce donc que la vie, considérée comme aptitude à l'immortalité ?

Chrétien, j'ai vu avec bonheur que, dans la discussion soulevée devant l'Académie de médecine, les enseignements de la religion qui pouvaient éclairer cette discussion aient été au moins respectés, non-seulement de la part de ceux qui les appelaient au secours de leur sentiment, mais de ceux-là même dont ils combattaient la doctrine. Il y a là un progrès moral dont il faut s'applaudir hautement. Toutefois, ces enseignements n'ont été produits ni acceptés avec le caractère de vérité absolue, sans lequel cependant ils n'ont rien de plus qu'une valeur historique douteuse dans la question agitée. C'est là ce qui a empêché l'Académie de conclure catégoriquement. Elle a voulu, par un syncrétisme impossible ici, concilier les données de la science et de la foi, et sa conclusion n'a été la conclusion formelle, nette, ni de l'une ni de l'autre.

Ce que nous intitulons ambitieusement principe, en matière de science, c'est une simple vue de l'esprit humain, qui conserve toujours quelque chose de débile et de fort tolérant à l'endroit des exceptions, et c'est justice : un principe qui vient de plus haut ne connaît pas ces faiblesses, ces tempéraments, et commande d'un ton absolu; c'est le despotisme légitime. Le principe, *Tu ne tueras pas*, est donc absolu, impératif; il commande aussi impérieusement en matière d'accouchement que dans tout autre ordre de rapports. Le résultat de cette abstention sera quelquefois douloureux, poignant au cœur ; mais la douleur, hélas ! n'est-elle pas le pain quotidien de la vie ?

Encore un mot. En vous appuyant, vous aussi, mon cher confrère, sur la statistique, dans la notice où vous avez abordé la question de l'avortement provoqué, vous faites observer avec raison que, si à Paris, où des conditions terribles pèsent sur l'état puerpéral, l'opération césarienne est presque constamment funeste ; en province, au contraire, dans les campagnes surtout, où l'on accouche comme on se mouche, pour employer le mot d'un vieux professeur, il est loin d'en être de même; et vous tirez de là une conséquence juste, c'est qu'au point de vue même de la statistique, au point de vue scientifique, l'infanticide *secundùm artem*, l'infanticide en formule ne saurait être

exigé en précepte général. Voyez les conséquences de cette remarque : supposez que la loi intervînt pour distinguer l'infanticide intentionnel d'avec l'infanticide médical, philanthropique, il faudrait que la loi distinguât Paris de la Province, et le condamnât là, l'amnistiât ici. Un degré du méridien ferait ainsi, suivant le mot de Pascal, le crime ou la vertu.

Je pourrais, mon cher confrère, m'étendre beaucoup sur cette question; mais au point de vue où je me suis placé, je craindrais de m'éloigner trop des habitudes scientifiques de votre journal. Je m'arrêterai donc là ; mais, pour finir, je vous demanderai la permission de rappeler quelques lignes d'un chapitre de mon livre, dont vous pensez beaucoup trop de bien, et où, sans aborder nommément la question de l'avortement provoqué, j'ai touché à des questions du même ordre et où se résume ma pensée sur ce sujet scabreux.

« C'est en vain que ce médecin, qui ne craint pas de recourir à de tels moyens, chercherait à justifier sa conduite en prétendant que, dans quelques cas, il a pu par là prévenir des désordres plus graves. La morale, se défiant avec raison de la logique humaine, donne un caractère sévèrement impératif à chacun de ses préceptes, et défend à l'homme, dans quelque position qu'il se trouve placé, de se servir du mal comme d'un instrument pour opérer le bien. Nous ne sommes que trop portés, par les penchants vicieux de notre nature, à troubler l'harmonie des lois auxquelles est soumis ce monde moral; ne nous attribuons pas encore le pouvoir d'ajouter à ce mal inévitable tous les désordres qui naîtraient infailliblement du droit de faire le mal systématiquement. Plus que personne, peut-être, le médecin a besoin d'être constamment dirigé dans sa conduite par les principes de cette morale inflexible. A quel degré s'arrêtera-t-il, si une fois il se permet de faire quelques pas en dehors du cercle dans lequel celle-ci lui prescrit de se renfermer? Toutes les passions de l'égoïsme conspireront avec les sentiments les plus généreux pour convertir la science en un instrument de désordre dans ses mains avilies. Qui ne voit, d'ailleurs, que l'intérêt et la dignité du médecin s'effacent ici devant un intérêt bien plus grave, celui de la moralité publique? Ne serait-ce pas un danger réel pour la société que l'homme qui, à chaque instant, est admis dans la vie intime des familles, y portât les principes de cette morale douteuse, toujours exposée, par conséquent, à prêter l'appui de son officieux patronage au vice avoué, ou à la débauche trompée dans ses infâmes calculs (1)? »

(1) Déontologie médicale, chap. VIII, Des moyens dont la médecine doit s'interdire l'usage dans le traitement des maladies, page 288.

Sur ce, mon cher et savant confrère, je rentre dans ma coquille, et vous prie de me croire toujours Votre tout dévoué,

MAX SIMON.

Aumale (Seine-Inférieure).

TRAITEMENT DU TÉNIA PAR LA POUDRE DE RACINES DE FOUGÈRE MALE.

Les réflexions que vous avez publiées sur les causes des rechutes après l'emploi du kousso contre le ténia, m'engagent à vous communiquer une méthode de traitement très-appréciée en Allemagne, que j'ai employée déjà un certain nombre de fois, et toujours avec un plein succès.

Lorsque j'ai lieu de soupçonner la présence d'un ténia, je prépare mon malade en le nourrissant pendant quelque temps avec des aliments âcres, tels que harengs, oignons, etc., dans le but de forcer le parasite à se réfugier dans la partie inférieure du canal intestinal. Très-souvent cette alimentation seule, parfois aussi le déclin de la lune, un changement subit de température, et d'autres causes, influent tellement sur le ténia, qu'il est expulsé par fragments assez grands sans autre remède. Quoique le malade ne soit point guéri pour avoir perdu une partie considérable du ver, cependant on peut dire que le moment de cette perte est le plus opportun pour procéder au traitement que voici :

Vers cinq heures du matin, je fais prendre au malade 4 grammes de poudre de racines de fougère mâle, délayée dans 100 grammes d'eau de cerises noires, et, dix minutes plus tard, 15 grammes d'huile de ricin. On peut permettre quelques cuillerées de bouillon bien chaud, pour enlever l'arrière-goût assez désagréable de ces remèdes.

Je préfère la poudre récente, ou au moins de l'année, à toute autre préparation de cette plante. On reconnaît cette qualité à la couleur vert jaunâtre, parfois un peu grisâtre, qu'offre la poudre. Celle qui est brune m'a paru incertaine dans son action. Ce n'est donc que dans le cas où le sujet serait trop faible ou trop pusillanime, que l'on pourrait remplacer la poudre par des pilules contenant l'équivalent d'huile essentielle et d'extrait de fougère mâle. Pour mon compte, je m'en suis toujours tenu à la poudre.

Je fais répéter cette dose jusqu'à quatre fois, en laissant une demi-heure d'intervalle entre deux prises, de sorte qu'une heure et demie après la première dose le tout soit pris. Je laisse reposer alors le malade et j'attends l'événement.

D'habitude, au bout de deux à trois heures, il se produit un sentiment de plénitude, de malaise, contre lequel je donne une demi-tasse de café à l'eau sucré et bien chaud.

Après deux autres heures, la purgation commence, et avec elle l'ex-

pulsion des fragments du ténia, qui se montrent dans toute les selles pendant l'espace d'une heure et demie à deux ; après quelque temps, l'on ne trouve plus que des mucosités.

Une fois, j'ai vu un ténia rester suspendu à l'anus, sans sortir entièrement. La garde plaça le malade au-dessus d'un vase rempli d'eau chaude, et roula doucement le ver autour d'un morceau de bois.

Lorsqu'on a débarrassé de cette manière le patient de son ténia, on insiste encore pendant quelque temps sur un régime maigre et fortement salé, en même temps que l'on administre de petites doses de teinture d'absinthe et d'assa-fœtida.

Ce traitement dont, je le répète, je me suis toujours bien trouvé, me paraît préférable à celui par le kousso, pour toutes les raisons que vous avez énumérées, telles que le prix élevé de cette substance, sa sophistication, etc.

Ed. Lambert, D. M.
A Hagueneau (Bas-Rhin).

BIBLIOGRAPHIE.

Aperçu clinique sur l'utilité des alcalins, et surtout des eaux minérales de Vichy, contre certaines affections organiques du cœur ; par le docteur Victor Nicolas, médecin-inspecteur adjoint de la source du Clos des Célestins, à Vichy (1).

Le point spécial qui a été traité par M. Nicolas n'est pas moins délicat que celui que nous venons d'indiquer. Au premier abord, il semble, en effet, que les eaux de Vichy ne doivent pas occuper une grande place dans le traitement de maladies qui, ainsi que les maladies du cœur, entraînent si rapidement une détérioration profonde de l'organisme, et qui changent la composition du fluide circulatoire, comme pourrait le faire l'emploi prolongé des alcalins. M. Nicolas semble avoir été plus heureux qu'on n'aurait pu l'espérer, et qu'il ne l'espérait peut-être lui-même. « Dans l'endocardite aiguë, dit M. Nicolas, lorsqu'il y a formation de caillots sanguins dans les cavités du cœur, ou organisation de sécrétions fibrino-albumineuses sur l'endocarde ou les valvules, on peut, dès le début, pendant toute la durée de la maladie, administrer de un à deux verres d'eau de Vichy en dissolution, dans les boissons appropriées à la nature phlegmasique de la maladie ; à plus forte raison peut-on l'administrer à doses plus élevées, si les caillots sanguins ne coexistent pas avec une phlegmasie. Lorsque l'endocardite a passé la période aiguë, et qu'il reste des vestiges de

(1) Voir la livraison précédente, page 317.

concrétions morbides greffées sur l'endocarde, ou un épaississement des valvules, qui vont servir de rudiment ou de transition à l'état chronique, on peut avec plus de certitude triompher promptement de ces produits et achever la résolution de la maladie, en administrant avec plus de hardiesse les alcalins, comme 3 à 5 onces d'eau de Vichy, par exemple, jusqu'au retour sincère de la convalescence. Toutefois, il faudrait s'abstenir, s'il y avait complication d'hydrothorax ou d'hydropéricarde, ou si la sévérité du traitement avait déterminé un profond apauvrissement du sang, qui pût faire craindre des épanchements passifs. Enfin, lorsque le vice rhumatismal ou goutteux affecte le cœur, soit par métastase, soit par concomitance d'autres expressions symptomatiques de ces diathèses, soit directement, soit sous forme d'irritation spasmodique, ou d'irritation nutritive, ou de cardite ou d'endocardite, dont les résultats sont l'hypertrophie simple ou complexe, l'induration et l'épaississement des valvules, le rétrécissement des orifices, lorsque ces affections sont à la deuxième période de leur marche chronique et qu'elles n'ont pas encore dépouillé les tissus de leurs propriétés organiques spéciales, elles sont susceptibles de résolution par les eaux de Vichy administrées en bains et boissons, comme les engorgements d'autres viscères; mais le rôle particulier du cœur exige que l'excitation thermale soit tempérée par la digitale et par diverses précautions, dans une mesure dépendante des conditions morbides et idiosyncrasiques de chaque cas particulier. »

Telles sont les conclusions qui terminent et résument le travail de M. Nicolas. C'était un devoir pour nous de lire les faits sur lesquels il appuie ces conclusions, et cette lecture nous a vivement intéressé, parce qu'elle nous a fait revenir un peu de nos préventions relativement à l'emploi des alcalins dans le traitement des maladies du cœur. Ce n'est pas que nous comptions beaucoup sur cet effet fluidifiant des alcalins pour amener la dissolution et la résorption des concrétions sanguines cardiaques. Nous différons d'abord un peu d'opinion avec notre honorable confrère relativement à la fréquence de cette grave complication de l'endocardite et de plusieurs autres maladies du cœur; et puis, il nous semble que l'amélioration peut s'expliquer tout aussi bien par le rétablissement des fonctions de sécrétion et d'exhalation sous l'influence de ces puissants modificateurs. Ce n'est pas que nous croyions non plus à la possibilité de faire disparaître, par l'emploi des alcalins, l'hypertrophie simple ou complexe, l'induration et l'épaississement des valvules, le rétrécissement des orifices; toutes ces altérations sont trop bien ancrées dans l'organisme, pour la plupart, pour qu'on puisse en obtenir la résolution; mais ce qui est évident, par les faits de M. Ni-

colas, c'est que des expressions symptomatiques graves, ayant leur point de départ du côté du cœur, ont été avantageusement modifiées par les eaux de Vichy. Seulement nous ne saurions partager le faible de notre confrère pour les bains : il y a un tel danger dans l'emploi des bains chez les individus affectés de maladies du cœur un peu avancées, et la science compte aujourd'hui un assez grand nombre de morts subites dans les cas de ce genre, pour que nous ne soyons pas très-disposés à vouloir faire courir à nos malades une chance pareille. Au reste, M. Nicolas continue ses observations sur ce sujet neuf et intéressant, et tout nous fait espérer que les doutes que nous conservons encore à l'égard de cette application particulière des eaux de Vichy seront levés par la communication nouvelle que nous promet notre honorable confrère.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi des larges vésicatoires dans la pneumonie. — Bien que la plupart des médecins aient assez généralement recours aux vésicatoires dans le traitement de la pneumonie, il est rare qu'ils n'en fassent pas précéder l'emploi des saignées générales et locales, et même du tartre stibié à dose contro-stimulante. Le vésicatoire, à leurs yeux, n'a d'autre but que d'achever la résolution de la phlegmasie déjà fortement attaquée et ébranlée par le traitement antérieur. Les opinions sont d'ailleurs très-partagées sur la valeur de ce moyen dans le traitement de la pneumonie; tandis que quelques auteurs, et M. Gendrin principalement, pensent qu'on peut prescrire les vésicatoires dès le début de la pneumonie, même avant toute évacuation sanguine ou conjointement avec les saignées, d'autres médecins leur refusent toute action favorable. Ainsi M. Louis s'est efforcé de prouver, par l'analyse de ses observations, que ce moyen n'a aucune influence appréciable ni sur la durée ni sur les autres symptômes de la pneumonie ; et plus récemment M. Grisolle a conclu, des faits qu'il a réunis, que les vésicatoires n'ont pas l'heureuse influence qu'on leur attribue, qu'ils n'abrégent pas la durée de la maladie et qu'ils ne produisent jamais une amélioration comparable à celle que l'on voit succéder souvent à l'administration de l'émétique.

Quelque graves que soient pour nous de semblables autorités, nous ne pouvons partager leur opinion, et nous restons convaincu, d'après ce que nous avons vu dans le service d'un grand nombre de médecins des hôpitaux et d'après notre propre expérience, que les vésicatoires appliqués en temps opportun (et par là nous entendons, après l'emploi

des émissions sanguines générales ou locales, conjointement ou non avec le tartre stibié, suivant les circonstances) sont une des ressources précieuses de la thérapeutique. Mais la pratique de M. Gendrin s'éloigne assez de celle généralement adoptée, et les résultats qu'il en obtient sont assez favorables pour que nous entrions à ce sujet dans quelques détails. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, M. Gendrin non-seulement emploie les vésicatoires de bonne heure, immédiatement après une émission sanguine; mais encore, dans bien des cas, il y a recours d'emblée, sans les faire précéder de saignée générale ou locale.

Dans son service à l'hôpital de la Pitié, M. Gendrin se sert des vésicatoires de la manière suivante : l'emplâtre épispastique, préparé à la pharmacie centrale, est étendu sur une bande de toile comme un sparadrap. Avant de l'appliquer à la surface de la peau, on étend dessus une couche d'huile chargée de poudre de cantharides. La grandeur ordinaire de l'emplâtre pour les adultes est de deux décimètres de diamètre. Le vésicatoire dont fait usage M. Gendrin est le vésicatoire volant ; aussi est-il dans l'habitude, suivant l'urgence, d'en prescrire plusieurs au malade, à peu de jours d'intervalle.

Quant aux indications du vésicatoire et de la saignée dans la pneumonie, suivant M. Gendrin, la saignée est principalement utile dans la première période de la pneumonie; cependant elle peut encore être avantageuse dans la deuxième et dans la troisième période, c'est-à-dire dans celle de suppuration. C'est à la sagacité du médecin d'apprécier si l'état général du malade, si l'indication du pouls permettent d'y avoir recours. Pour le vésicatoire, c'est surtout quand la pneumonie passe à la deuxième période qu'il trouve son application et qu'il peut rendre les plus grands services. C'est dans des cas de ce genre, lorsque les forces du malade sont prostrées à un certain degré, dit M. Gendrin, que le médecin doit compter sur l'action générale stimulante du principe absorbé des cantharides. Il exerce son action sur la circulation, il l'active ; il remonte un peu la chaleur du malade, il relève ses forces, et bientôt à un état de prostration quelquefois extrême succède, pour le malade, comme un sentiment de retour de l'existence : le pouls, qui était devenu petit, faible, facilement dépressible, reprend une certaine ampleur ; la chaleur reparaît aux extrémités, qui déjà commençaient à se refroidir. Le praticien exercé profite habilement de ce moment où la vie semble renaître, pour administrer quelques excitants diffusibles, tels que l'esprit de Mendérérus, qui peut être associé à l'extrait de quinquina. Alors une résolution enrayée dans sa marche, ou bien arrêtée dès son début, s'accomplit en peu de jours.

Pour donner une idée plus exacte encore de la pratique habituelle-

ment suivie par le savant médecin de l'hôpital de la Pitié, nous citerons l'observation suivante :

Huaux (Joseph), âgé de cinquante ans, gargotier, entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin, le 4 juin, et fut couché au nº 12 de la salle Saint-Benjamin. Il était malade depuis quatre jours. A cette époque, cet homme, assez bien constitué et bien portant, fut pris, dans la soirée, d'un frisson, avec point de côté au-dessous du sein droit. Il se coucha de meilleure heure que d'habitude. Le froid dura encore quelque temps et fut remplacé par de la sueur ; il toussa beaucoup et n'eut pas d'expectoration. Les jours suivants, même état ; pas d'autre traitement que l'application de cataplasmes sur la poitrine et quelques tisanes chaudes. Le lendemain, à la visite, on constata l'état suivant : face anxieuse, teinte semi-ictérique des conjonctives ; peau chaude, sèche ; fièvre intense ; respiration fréquente, laborieuse ; point de côté occupant toujours la même place ; toux revenant fréquemment par petites quintes, très-fatigantes ; dégoût pour les aliments ; ni nausées, ni vomissements ; soif vive ; langue blanche à son milieu, rouge à sa base et à sa pointe ; céphalalgie ; pas de garderobe depuis deux jours ; urines assez rares ; matité dans toute l'étendue du poumon droit en avant, ne remontant pas tout à fait jusqu'au sommet en arrière ; matité beaucoup plus circonscrite à gauche, partant de la fosse sous-épineuse, se prolongeant un peu vers la base, et ne s'étendant pas en dehors du poumon ; partout, dans le poumon droit, souffle tubaire, sans mélange de crépitation ; à gauche, souffle également bridé par du râle crépitant ; pas d'expectoration. (Vésicatoire de 2 décimètres de diamètre entre les épaules ; chiendent édulcoré, deux pots ; julep béchique ; calomel, 0,10 ; deux bouillons.)

Le 6, le vésicatoire a bien pris ; pas de ténesme vésical ; face toujours anxieuse ; peau toujours chaude, sèche ; fièvre un peu moins forte ; persistance du point de côté ; néanmoins la respiration, bien qu'aussi fréquente, est un peu moins pénible. Expectoration de quelques crachats visqueux, rouillés, adhérant au vase ; pas de garderobes ; toux la même ; un peu de sommeil. (Même prescription, sauf le vésicatoire.)

Le 7, l'état du malade n'est pas amendé ; crachats abondants, jus-de-pruneaux et presque fluides ; deux garderobes. (Vésicatoire de 2 centimètres sur le sternum ; trois pots de chiendent édulcoré ; julep béchique ; lavement émollient ; deux bouillons.)

Le 8, la face a perdu son caractère d'anxiété ; peau légèrement halitueuse ; fièvre moindre ; respiration plus libre ; point de côté beaucoup diminué, ne se sentant plus que pendant les accès de toux ; crachats

assez abondants, conservant leur teinte foncée, ayant repris leur viscosité ; une garderobe ; urines faciles ; le malade a souffert un peu de son vésicatoire. (Bouillons; même prescription, moins le vésicatoire.)

Le 9, face calme, peau halitueuse, pouls sensiblement moins fréquent; encore de la douleur au côté pendant la toux ; crachats moins foncés en couleur ; pas de souffle à gauche, remplacé par de la crépitation de retour, mêlée de quelques râles muqueux; souffle persistant à droite, mais ayant perdu un peu de son intensité, et accompagné dans plusieurs points de quelque peu de crépitation. (Quatre bouillons; *ut suprà*.)

Le 10, pas de changement. Le 11, nouveau vésicatoire à droite en arrière et en dehors. Le reste *ut suprà*.

Le 12, le vésicatoire a bien pris. Pas d'accidents du côté des voies urinaires; mieux évident ; pouls tombé; respiration facile; pas de point de côté; toux moins fréquente. (Chiendent édulcoré, doux pots ; julep béchique, avec 5 grammes d'acétate d'ammoniaque ; lavement émollient ; quatre bouillons.)

Les 13 et 14, rien de nouveau. Le 15, le souffle n'existe plus ; il est remplacé par de la crépitation et par de nombreux râles muqueux ; crachats muqueux abondants. (Julep béchique avec 10 grammes d'acétate d'ammoniaque et 3 grammes d'extrait de quinquina ; quatre bouillons.)

Le 17, râles muqueux seulement; expectoration abondante ; le malade demande à manger (deux potages). Le 20, une portion. Le malade sort le 6 juillet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

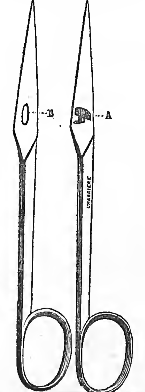
BELLADONE (*A quelle époque convient-il d'employer la*) *dans le traitement de l'iritis?* On sait combien est général aujourd'hui l'emploi de la belladone dans le traitement de l'iritis; peut-être même cet emploi semble-t-il se soustraire à la discussion, tant il est entré dans la pratique universelle. Il convient cependant de se rendre bien compte des effets directs et indirects que l'on peut en attendre. Et d'abord, à quelle époque convient-il d'en commencer l'usage? Cette question vient d'être examinée par M. Gerhard. Suivant ce médecin, il ne faut pas y recourir tant que l'iritis est à l'état aigu, d'abord parce qu'à cette période de la maladie elle ne pourrait vaincre les contractions morbides de l'iris; en second lieu, parce qu'elle a des inconvénients réels. Il importe donc de distinguer l'état hypersthénique de l'iritis, celui pendant la durée duquel la belladone reste impuissante contre les contractions de la membrane iridienne. Or, cet état se reconnaît à une douleur plus ou moins vive dans le fond de l'orbite, douleur qui revêt la forme pulsative ou celle d'élancements aigus qui se propagent vers le front et vers les tempes, à la photophobie et au larmoiement, à la fièvre (qui peut cependant manquer chez les personnes peu sensibles), et de plus aux signes physiques, tels que décoloration et déformation de l'iris. Lorsqu'au contraire on voit ces symptômes céder, on peut, sans s'inquiéter

du changement de couleur de l'iris, essayer l'instillation d'une goutte de solution de belladone exactement filtrée. Mais si la douleur que produit cette application se prolonge au delà d'un quart d'heure, il faut en conclure que l'œil est encore surexcité, et différer en conséquence de quelques jours la continuation de cette médication. C'est à l'instillation entre les paupières de la solution de belladone que M. Gerhard donne la préférence sur les applications de pommade ou d'extrait de belladone employés en frictions sur le front et sur les tempes, et en cela même nous sommes de cet avis; mais ne pourrait-on pas remplacer avec avantage la belladone elle-même par l'atropine, qui est aussi irritante sans doute, mais qui peut être employée à dose extrêmement faible et produire des effets plus certains et plus marqués sur la contraction de l'iris? (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

BEURRE (*Mode de fabrication qui l'empêche de rancir*). M. Chalambel conseille d'introduire dans la fabrication du beurre la modification suivante, qu'il dit lui avoir réussi, pour en améliorer la qualité et en prolonger la conservation. Si le beurre ne contenait que les parties grasses du lait, il ne subirait au contact de l'air que des altérations très-lentes. Mais il retient une certaine quantité du caséum qui se trouve dans la crème; ce caséum se transforme en ferment et donne naissance à l'acide butyrique, auquel est dû le goût désagréable du beurre rance. Les lavages que l'on fait subir au beurre ne peuvent le débarrasser que très-imparfaitement de cette cause d'altération, car l'eau ne mouille pas le beurre et ne peut dissoudre le caséum, devenu insoluble sous l'influence des acides qui se développent dans la crème. On pourrait arriver à une épuration plus complète si l'on saturait ces acides; le caséum redeviendrait soluble, par conséquent le beurre n'en retiendrait que de très-petites quantités qui seraient enlevées presque entièrement par les eaux du lavage. Voici comment M. Chalambel propose d'opérer : lorsque la crème aura été placée dans la baratte, on y versera par petites portions, et en agitant, une quantité de lait de chaux suffisante pour détruire entièrement l'acidité; on battra la crème jusqu'à la séparation du beurre, mais on n'attendra pas qu'il se rassemble en blocs comme on le fait habituellement; on décantera le lait de beurre, on le remplacera par de l'eau fraîche, et l'on continuera de battre jusqu'à ce qu'il soit suffisamment rassemblé : on le retirera de la baratte et on le mettra en mottes, suivant l'usage ordinaire. En suivant cette méthode, M. Chalambel dit avoir obtenu des produits constamment meilleurs et qui se sont conservés frais beaucoup plus longtemps que ceux obtenus par les procédés usuels. Le lait de beurre avait perdu tout goût piquant, était consommé avec plaisir par les personnes et par les animaux, et avait perdu ses propriétés laxatives. Il dit aussi avoir rétabli par des lavages à l'eau de chaux, du beurre déjà assez altéré pour ne pouvoir être utilisé que par la fonte. Il ajoute que l'eau de chaux pourrait être remplacée par toute autre lessive alcaline. (*Journal de Chimie.*)

CISEAUX (*Modification nouvelle apportée à la fabrication des*). Rien de plus simple en apparence que cette modification que notre habile fabricant d'instruments, M. Charrière, vient d'apporter au système d'articulation des instruments à branches, tels que ciseaux, pinces à pansement, cisailles, etc., et cependant rien de plus utile et de plus ingénieux en même temps. Deux graves inconvénients ont été reconnus aux ciseaux et à tous les instruments analogues usités en chirurgie. La vis à l'aide de laquelle sont articulées les deux branches de cet instrument finit toujours par se desserrer après un certain temps d'usage, et pour que l'instrument continue à couper, on est obligé de presser les deux lames l'une contre l'autre, afin d'empêcher l'objet qu'on veut couper de passer entre les lames s'il est mince, ou pour empêcher l'instrument de se tordre, si le corps à inciser est volumineux dans tous les sens. Pour remédier à cet inconvénient, on essaye quelquefois de river la vis, mais par cette manœuvre détériore celle-ci, et l'instrument est bientôt mis hors d'usage. Un second inconvénient, moindre que le précédent, mais très-grand encore pour les instruments de chirurgie, c'est que, ceux-ci ne pouvant être nettoyés dans leur articulation,

la rouille finit par s'en emparer et par altérer ainsi les lames et le jeu de l'articulation. M. Charrière est heureusement parvenu à éviter ces deux inconvénients par une modification fort simple, dont la gravure ci-jointe donne une bonne idée. Il a remplacé l'ancienne vis par un tenon ou clou qui est monté à vis et



rivé carré dans la branche, ou s'y fixe par un écrou ; à l'autre branche des ciseaux est pratiquée une perforation elliptique, dans la fraisure ou dépression de laquelle se place la tête de la vis, et cette perforation ou mortaise est dirigée dans un sens tel qu'elle ne peut recevoir le tenon ou l'abandonner, quand une fois elle l'a reçu, que dans le plus grand écartement possible des branches de ciseaux. Cet écartement n'étant jamais utile ni même possible dans les diverses opérations que l'instrument peut être destiné à pratiquer, il en résulte que les deux branches sont aussi bien réunies l'une à l'autre que par la vis-écrou. Ce n'est que lorsqu'on veut les séparer qu'on les écarte assez pour que le tenon puisse être dégagé de la mortaise. Mais cette séparation a, en revanche, pour avantages de permettre le nettoyage parfait des lames à leur articulation et d'assurer le contact des lames qui ne peuvent s'écarter l'une de l'autre, si ce n'est par l'usure, nécessairement très-lente, et cette disposition permet encore dans ce cas une réparation facile. (*Compte-rendu de l'Académie de médecine.*)

COLLODION (*Emploi du*) *dans le traitement de l'orchite*. Nous avons déjà fait connaître plusieurs applications du collodion fondées sur sa double propriété de corps adhésif et d'excitant révulsif et résolutif. Le fait suivant vient donner une confirmation nouvelle aux faits que nous avons publiés et aux indications que nous en avons déduites.

Appelé auprès d'un malade affecté depuis deux jours d'un engorgement testiculaire aigu, par suite de rétrocession blennorrhagique, M. Dechange trouva le scrotum rouge et luisant, la bourse de ce côté offrant un volume double de l'autre; fluctuation obscure de la tunique vaginale; pouls plein et fréquent; rougeur de la face. Une saignée fut proposée, mais le malade la refusa. Comme les douleurs étaient portées au point que la partie ne pouvait supporter le contact d'un drap roulé avec lequel on avait voulu la relever, M. Dechange dut également renoncer à exercer la compression avec les baudelettes de diachylon. Il fit alors une ponction d'où s'écoula environ une cuillerée à café de sérosité. Les parties furent recouvertes de compresses trempées dans une solution aqueuse d'opium. Il en résulta une détente favorable.

Mais dès le lendemain on reconnut que l'amélioration ne s'était point soutenue. M. Dechange songea alors à profiter de la double action que présente le collodion, de comprimer par son retrait les tissus sur lesquels on l'applique et de les dérober à l'action de l'air, puissant élément de phlegmasie. La bourse gauche, bien isolée, fut donc enduite de cette liqueur; il en résulta une sensation de brûlure qui s'étei-

gnit quelques instants après; le scrotum se crispa, et ses rides furent agglutinées de façon à remonter le testicule vers l'anneau. Le malade se sentit soulagé et put reposer la nuit.

La coque formée par le collodion présentait, le jour suivant, des ondulations qui accusaient un volume moindre du testicule. Elle était en outre fendillée et décollée en plusieurs points par le suintement que fournissait la ponction. Une nouvelle couche de liquide adhésif répara ces brèches; et pendant les cinq jours qui suivirent, on ne fit autre chose que d'enlever chaque matin les parties flottantes ou détachées de la coque pour les remplacer et obtenir par là une compression méthodique.

Le neuvième jour de ce traitement, le testicule avait repris son volume normal. A l'exception de l'écoulement urétral et d'un léger engorgement de l'épididyme, qui se dissipa peu à peu, il ne restait aucune trace de cette violente inflammation du testicule. (*Archives belges de médecine littéraire* et *Gazette médicale de Paris*, avril 1852.)

CONDUIT AUDITIF EXTERNE (*Moyens de débarrasser le*) *des accumulations de cérumen*. Dans un Mémoire intéressant sur les causes, le pronostic et le traitement de la surdité, M. le docteur Marc d'Espine entre dans quelques détails utiles relativement aux moyens de débarrasser le conduit auditif externe du cérumen, qui s'y accumule quelquefois en assez grande abondance pour causer la surdité. Dans le cas où le cérumen, dit M. d'Espine, est en quantité assez considérable pour se tasser dans le conduit externe de l'oreille, sous forme de tampon, le meilleur procédé à suivre pour s'en débarrasser est de le décoller des parois, en en faisant le tour, à l'aide d'une curette trempée dans l'huile, puis de chercher à le saisir avec une pince pour l'extraire tout entier. Lorsqu'on ne réussit qu'à en enlever une partie, ou dans le cas où le cérumen, étant moins tassé, on en a enlevé une bonne portion sans avoir réussi à détacher une légère couche profonde, qui souvent tapisse la membrane du tympan et empêche de l'apercevoir, il faut alors recourir aux injections préparées avec des substances qui ont la propriété de dissoudre le cérumen.

Les propriétés chimiques du cérumen étant fort peu connues, et n'ayant pu trouver nulle part des recherches faites dans le but d'indiquer les meilleurs dissolvants de cette substance, notre confrère a rassemblé une certaine quantité de cérumen, et il a essayé de traiter des poids égaux de cette substance par les liquides suivants: les huiles, l'alcool plus ou moins privé d'eau, l'éther, les gouttes d'Hoffmann, les alcalins et l'eau pure. Voici les résultats auxquels il est arrivé: l'huile ne dissout en aucune façon le cérumen; son action se borne à lisser la surface du tampon cérumineux, à diminuer sa propriété d'agglutination aux surfaces auxquelles il adhère; aussi l'huile est-elle excellente pour préparer l'opération de l'extraction du tampon. L'alcool, non-seulement est sans aucune influence dissolvante sur le cérumen, mais encore il semble le tasser, le racornir, le rendre plus concret. Il n'en est plus de même si l'on ajoute de l'eau à l'alcool, et, plus on en ajoute, plus aussi l'action dissolvante se manifeste. L'eau pure dissout assez bien le cérumen pour en être colorée. Haygarth, en 1769, avait déjà reconnu cette propriété de l'eau. Enfin, l'eau tenant en dissolution de la potasse, de la soude ou les carbonates de ces alcalis, en quantité assez faible pour n'avoir aucun effet irritant sur le conduit externe de l'oreille, est le meilleur dissolvant et réussit à désagréger entièrement les molécules du cérumen. Quant à l'éther et aux gouttes d'Hoffmann, ces substances n'ont aucune influence dissolvante.

En conséquence de ces expériences, dit M. d'Espine, je me suis servi d'huile d'amandes douces toutes les fois que j'ai désiré tasser davantage les tampons de cérumen et les détacher des parois de l'oreille, pour ensuite les entraîner avec des pinces; et lorsque je me suis proposé de nettoyer les conduits en dissolvant le cérumen et le chassant hors de l'oreille au moyen d'injections, j'ai fait faire une solution de potasse, à la dose de 0,20 c. pour 30 grammes d'eau, ou une solution de sous-carbonate de potasse à la dose de 1 gr. 25 par 30 grammes. Je fais injecter le soir cette solution dans l'oreille, le malade étant couché sur

l'oreille opposée, de façon à pouvoir remplir le conduit et y maintenir la solution pendant toute la nuit, en bouchant l'oreille au moyen d'un tampon de coton. Le lendemain matin, je fais ôter le coton, injecter une nouvelle dose de la même solution, afin de chasser la liqueur qui était demeurée dans le conduit pendant la nuit. Ainsi de suite, pour quatre ou cinq soirs. Ordinairement ces moyens suffisent pour nettoyer entièrement les conduits et permettre d'apercevoir au fond la membrane du tympan. — Nous regrettons que, dans les essais nombreux auxquels il s'est livré, M. d'Espine n'ait pas fait usage de la glycérine, qui, d'après les recherches de M. Wakley, serait très-utile pour aider à l'extraction du cérumen ; il eût été curieux de voir si la glycérine agit au même titre que l'huile, c'est-à-dire comme moyen de glissement, comme enduit, ou si elle possède des propriétés dissolvantes réelles. (*Archives de médecine*, avril.)

CORYZA *intermittent rebelle ; guérison instantanée à l'aide d'un large sinapisme sur la région dorsale*. Il est peu d'actions thérapeutiques aussi énergiques et aussi sûres que l'action révulsive du sinapisme. La banalité même de ce moyen en a peut-être plus d'une fois fait méconnaître l'importance et dédaigner l'usage dans des circonstances où il eût pu produire de précieux résultats; nous en pourrions citer plus d'un exemple. Nous aimons mieux nous en tenir pour le moment à la simple relation du fait suivant, qui prouve une fois de plus combien on peut compter, dans certains cas d'irritation fluxionnaire, même des plus rebelles, sur l'efficacité d'un sinapisme, mais à la condition que sa force et l'étendue de la surface soumise à son action soient proportionnées à l'intensité de la fluxion que l'on veut déplacer.

Une jeune femme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, mariée à dix-huit ans, était, depuis sept ou huit ans, en proie à un coryza qui la prenait deux et trois fois par semaine, et durait entre douze et trente-six heures; le nez enflait, devenait chaud et douloureux ; les yeux étaient rouges, larmoyants ; un flux nasal abondant survenait, accompagné d'un sentiment de compression autour de la tête ; si la malade se couchait aussitôt et parvenait à s'endormir, quelquefois la résolution s'ensuivait au bout de quelques heures, pourvu toutefois que le coryza ne promît pas d'être intense; mais c'était là le cas le plus rare. Le plus souvent l'inflammation gagnait le pharynx et les bronches, et alors quelques jours étaient nécessaires pour la terminaison de cette affection qui durait plus longtemps l'hiver, moins l'été. Emollients, excitants, résolutifs, alun, ammoniaque, rubéfiants aux extrémités, vésicatoire au bras, souvent employés, étaient venus toujours échouer devant la ténacité de la maladie.

M. Mendier, de Saintes, qui avait épuisé jusque-là, sans succès, tous les moyens que nous venons d'énumérer, fut appelé un jour en toute hâte auprès de la malade qu'il trouva dans son lit, le nez enflé, les yeux rouges; elle venait, à son réveil, d'être prise d'un coryza qui, à en juger par son début, paraissait devoir être d'une grande intensité. En outre, cette dame se trouvait dans la nécessité, dans la matinée même, de faire un voyage qui ne pouvait être ajourné, et elle réclamait avec instance les secours de l'art, voulant être débarrassée à tout prix. M. Mendier envoya de suite chercher 140 grammes de farine de moutarde, et il fit, avec de l'eau très-chaude, un large cataplasme qu'il appliqua lui-même et qui s'étendait du scapulum jusqu'aux lombes. La douleur se manifesta bientôt vive et aiguë; un quart d'heure après la malade dit qu'elle sentait son coryza diminuer; trois quarts d'heure après, la douleur occasionnée par la moutarde devint tellement cuisante, qu'elle supplia d'enlever le cataplasme. La peau était, dans une large étendue, d'un rouge cramoisi foncé, mais le coryza ne laissait plus de traces. Cette jeune dame put faire le voyage projeté, et depuis trois mois la guérison ne s'est pas démentie (*Union médicale*, avril 1852).

HUILE DE FOIE DE MORUE (*Sur un moyen aisé et économique d'administrer l'*). L'efficacité aujourd'hui bien constatée de l'huile de foie de morue dans un certain nombre d'affections chroniques graves, les services qu'elle est appelée à rendre à la thérapeutique par l'exten-

sion toujours croissante de son usage, et les essais multipliés auxquels se livrent journellement un grand nombre de praticiens dans le but d'en déterminer avec plus d'exactitude les indications ; tous ces motifs ont dû susciter des tentatives réitérées dans le but de faciliter l'administration d'un remède dont la saveur repoussante excite chez tant de malades une répugnance invincible. Les capsules ont en partie atteint ce but ; mais, outre qu'elles sont d'un prix élevé qui les rend peu accessibles au plus grand nombre de malades, on n'est jamais certain, avec ce mode d'administration, que la totalité du remède soit absorbée en temps opportun. Pour parer à ce double inconvénient, M. Benedetti a eu l'idée de faire avec l'huile de foie de morue une pâte en y ajoutant de la poudre d'amidon, ou mieux de la fécule d'arrow-root pulvérisé. On prépare de cette manière un opiat qu'on avale, enveloppé dans un morceau d'hostie mouillée. Seize de ces bols le matin et autant le soir suffisent au commencement. Plus tard, on en est quitte pour augmenter le nombre de ces bols ou pour les faire plus volumineux. M. Benedetti dit avoir obtenu du remède ainsi préparé, non-seulement une administration plus facile, mais encore des effets thérapeutiques remarquablement avantageux.

Sans nous porter garants do la supériorité de ce mode d'administration, et tout en réduisant à des proportions convenables l'importance qu'il y faut attacher, nous croyons cependant qu'il est utile de signaler à l'attention des praticiens un moyen qui peut, dans quelques circonstances, leur rendre service en facilitant l'ingestion d'un remède précieux mais difficile à prendre. (*Il raccoglitore medico.*)

MIGRAINES *et névralgies faciales (Pommade à l'éther chlorhydrique chloré et au cyanure de potassium contre les).* Nous avons publié dans ce journal, il y a quelque temps, la formule d'une pommade composée de chloroforme et de cyanure, dont M. Cazenave (de Bordeaux) annonçait avoir obtenu d'excellents effets contre les douleurs hémicrâniques, la névralgie orbito-frontale, connue sous le nom de migraine, et les douleurs déchirantes de la névralgie faciale. Les quelques essais que nous avons tentés avec cette pommade nous ont montré qu'il y aurait peut-être de l'avantage à substituer au chloroforme l'éther chlorhydrique chloré comme suit :

Ether chlorhydrique chloré.	12 gr.
Cyanure de potassium.	10 gr.
Axonge récente.	60 gr.

Cire, q. s. pour obtenir la consistance d'une pommade.

Dans une lettre qu'il vient d'écrire à l'Académie, notre honorable confrère, auquel nous avions proposé cette modification et auquel nous avions fait part du succès remarquable que nous avions obtenu dans un cas très-grave, dont nous publierons bientôt la relation, annonce qu'il se rallie à notre opinion ; nous pensons donc que c'est sous cette dernière forme qu'il convient de l'employer. Deux mois maintenant sur la manière d'en faire usage dans le cas de migraine ou de névralgie faciale, par exemple. Il faut prendre, le soir en se couchant, gros de la pommade comme deux œufs de pigeon, l'étendre sur la paume des mains. Dès que cette opération est terminée, et il faut y procéder très-rapidement, on couvre la tête avec un bonnet de taffetas ciré et à coulisse, afin que la volatilisation de l'anesthénique soit à peu près nulle. En opérant de la sorte, les cheveux et le cuir chevelu sont enduits de pommade pendant douze heures, et on recommencera de la même façon, plus ou moins souvent, selon que les douleurs cèdent rapidement ou lentement. M. Cazenave ajoute, et nous partageons son opinion, qu'il faut persévérer dans l'usage de ce moyen malgré la disparition des douleurs, et cela parce que les rechutes sont faciles, si l'on ne prend pas de grandes précautions pour les éviter.

ŒSOPHAGISME *(Cas d') paraissant lié à des accès de fièvre intermittente ; guérison par l'emploi des saignées, des révulsifs et de la chaleur ; continuation de la guérison par le sulfate de quinine.* Les accidents désignés sous le nom d'œsophagisme, habituellement liés à l'existence de l'hystérie ou de l'hypocondrie, ne s'observent que très-rarement en dehors de l'une ou de l'autre de ces deux conditions pathologiques. Le fait suivant, observé par M. C.-D. Pallas, de Montmirail, présente un

exemple assez rare d'œsophagisme paraissant dépendre, jusqu'à un certain point, d'une fièvre intermittente dont les accès ont précédé et suivi la manifestation des accidents œsophagiques.

Un jeune homme de vingt-un ans, d'une bonne constitution, d'une taille moyenne et d'un tempérament nervoso-sanguin, quitte Lille pour se rendre en Algérie, et dans son trajet éprouve des accès de fièvre intermittente, pour lesquels il est reçu à l'hôpital de Château-Thierry.

Après huit jours de séjour, il en sort dans le même état de santé. Entré à l'hôpital de Montmirail, M. Benjamin Pallas constate l'état suivant : peau généralement froide, tremblement de tout le corps, pouls à 60 pulsations, contraction des mâchoires, déglutition impossible, telle que l'impression d'un liquide quelconque détermine de vives douleurs au pharynx, et sollicite des efforts qui congestionnent la face et deviennent même pénibles pour avaler sa salive ; difficulté de projeter la langue hors de la bouche ; partie antérieure du cou sensible à la pression ; les mouvements de cette région sont pénibles, mais cet état ne s'étend point au reste du corps, dont les membres et la colonne vertébrale sont flexibles ; l'excrétion urinaire est peu abondante, le malade s'agite dans son lit, comprend les questions qu'on lui adresse, et ne peut y répondre qu'imparfaitement.

Des sinapismes sont appliqués aux extrémités inférieures à plusieurs reprises ; des corps chauds sont maintenus autour du malade. Potion éthérée et saignée du bras.

Cet état persévère la nuit et la journée du 23, où une nouvelle saignée est pratiquée.

Le 24, le malade est calme, la déglutition commence à s'exécuter, mais d'une manière si incomplète, qu'il semble que le liquide passe à travers un filtre. Le pouls est à 72, la peau reprend sa chaleur normale. Le malade accuse une douleur à l'extrémité supérieure du sternum, et une semblable entre les dernières côtes gauches ; l'auscultation ne dénote rien d'anormal dans la cavité thoracique.

Le 26, les phénomènes dysphagiques s'amendent, et le 28, à leur cessation succèdent le soir de légers accès fébriles intermittents, qui se prolongent jusqu'au 31, et cèdent à l'emploi du sulfate de quinine. Dès ce moment le malade entra en convalescence, et sortit complétement guéri après plusieurs jours d'observation.

Ce qui, dans le fait que nous venons de rapporter, porterait à penser avec M. Pallas, que ces deux affections n'ont pas été purement concomitantes, mais liées l'une à l'autre, c'est non-seulement l'espèce d'alternance qui semblait lier les accès fébriles et les accès d'œsophagisme, mais encore leur communauté d'origine, due à l'action du froid humide auquel ce malade avait été exposé, et enfin la cessation de tout accident et la guérison définitive des deux affections alternantes après l'administration du sulfate de quinine donné lors des derniers accès fébriles. (*Union méd.*, mars 1852.)

RETRACTION *des mâchoires, avec ankylose incomplète, traitée avec succès par la division des deux massêters.* La maladie pour laquelle a été pratiquée avec le plus grand succès l'opération que nous allons décrire, n'est malheureusement pas une chose rare. Tous ceux qui ont parlé des phénomènes produits par la mercurialisation ont signalé comme une conséquence fâcheuse et comme se produisant souvent d'une manière très-rapide, à la suite de la salivation mercurielle la rétraction des mâchoires, avec impossibilité de les écarter même d'une quantité insignifiante. De là pour les malades une cruelle infirmité : grande difficulté dans la parole, impossibilité de faire usage d'autre chose que d'aliments liquides ou demi-liquides, troubles de la nutrition consécutifs, etc. — Il reste encore d'assez grandes incertitudes relativement aux causes qui déterminent cette rétraction. Est-elle produite par la rétraction simple, par la contraction permanente des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, résultant de l'inflammation vive dont la muqueuse buccale a été le siége? Est-elle au contraire liée à des adhérences établies entre la muqueuse buccale et les arcades alvéolaires? Très-probablement, l'une et l'autre de ces causes comptent un certain nombre de faits en leur faveur ; mais les adhérences doivent être plus rares qu'on ne pense, et le fait suivant en fournit la preuve. C'est par une application ingénieuse de la ténoto-

mie que l'auteur de cette observation a guéri sa malade ; mais on remarquera que cette opération n'eût pas suffi à elle seule pour amener la guérison. Trois années d'immobilité avaient placé les articulations temporo-maxillaires dans un état d'ankylose incomplète qui réclamait aussi une attention spéciale, et c'est par des moyens mécaniques, combinés avec les mouvements volontaires exécutés par la malade, que l'on a pu rendre à ces articulations leur mobilité. A l'époque où cette observation a été publiée, la guérison n'était pas encore complète, mais la facilité apportée par le traitement dans l'accomplissement des actes principaux exécutés par la bouche, la préhension, la mastication et la parole, permet d'espérer que la persévérance dans l'emploi des moyens mis en usage jusque-là conduira à une guérison complète et définitive. Voici ce fait intéressant :

M. Little fut appelé à donner ses soins à une femme de trente-trois ans, qui, à la suite d'une salivation mercurielle, provoquée dans le but de combattre une maladie inflammatoire, avait été prise d'une rétraction telle des mâchoires que, depuis trois ans, époque à laquelle remontaient les accidents, il lui avait été impossible d'ouvrir la bouche; et que pendant tout ce temps elle s'était nourrie exclusivement d'aliments liquides ou demi-liquides. Les mâchoires étaient fortement rapprochées l'une de l'autre; les dents étaient intactes; mais celles de la mâchoire inférieure venaient se cacher derrière celles de la mâchoire supérieure. Point d'adhérences anormales entre les joues et les gencives. Les muscles masséters étaient fortement contractés, plutôt atrophiés qu'hypertrophiés. Rien de particulier du côté des muscles temporaux. La malade était dans l'impossibilité complète d'écarter les mâchoires; mais les mouvements de latéralité étaient assez bien conservés pour montrer que l'ankylose n'était pas complète. Du reste, la malade avait la sensation que l'articulation temporo-maxillaire droite était plus libre que la gauche. Plusieurs traitements avaient déjà été mis en usage, mais sans succès, consistant principalement dans l'emploi de moyens mécaniques, tels que des coins et des plaques à ressort métallique; mais jamais la malade n'avait pu obtenir, à l'aide de ces moyens, un écartement de plus d'un douzième de pouce au niveau des incisives. Dans ces circonstances, M. Little pensa que la division des masséters pouvait seule offrir quelques chances de succès. En conséquence, cette division fut pratiquée le 22 février dernier, par la méthode sous-muqueuse pour le masséter du côté droit, par la méthode sous-cutanée pour le masséter gauche.

Dans la première opération, c'est-à-dire pour la division du masséter droit, l'opérateur plongea un ténotome pointu ordinaire dans la membrane muqueuse de la bouche, au niveau du bord antérieur du masséter, dans la direction d'une ligne tirée de la commissure des lèvres, fit glisser l'instrument d'avant en arrière, d'abord entre le muscle et la membrane muqueuse, puis entre le muscle et l'apophyse coronoïde, jusqu'à ce qu'il sentît l'index de la main gauche placé derrière la branche ascendante de l'os maxillaire. Tournant alors le tranchant de l'instrument vers le muscle, il divisa la totalité des fibres comprises entre celui-ci et les téguments.

Pour la division du masséter gauche, le ténotome fut plongé sous la peau, au niveau de l'angle inféro-postérieur de la mâchoire, et glissé à plat le long de la surface de l'os jusque vers la bouche. Aussitôt qu'il fut parvenu à la membrane muqueuse, ce dont l'opérateur fut averti par l'index de la main gauche, qui avait été préalablement placé dans la bouche, la pointe du ténotome fut conduite avec soin entre la membrane muqueuse et le muscle jusque vers son bord antérieur, et les fibres furent divisées de même que pour le muscle du côté opposé, mais dans une direction différente. La piqûre qui avait été pratiquée dans la bouche, celle qui avait résulté de la division du masséter droit fournissant une assez grande quantité de sang rouge, on s'en rendit maître à l'aide d'une compression faite à l'extérieur, et dont les dents formaient le point d'appui. La piqûre faite à la peau ne réclama aucun soin particulier.

Le lendemain, les deux joues offraient une ecchymose considérable, et la malade accusait un peu de sensibilité; la plaie extérieure était cicatrisée. Il n'en était pas de même de la plaie de la membrane mu-

queuse qui mit encore quatre ou cinq jours à guérir, et fournit un peu de suppuration. Trois jours après l'opération, toute sensibilité et tout gonflement avaient disparu; la malade disait pouvoir remuer sa mâchoire avec plus de facilité, bien que l'augmentation de mobilité ne fût pas encore bien apparente; elle réclama elle-même l'emploi des coins que l'on remplaça deux jours après par un instrument mécanique. En quinze jours, les incisives étaient écartées de plus d'un pouce. La malade reçut le conseil de ne pas porter constamment cet appareil, mais de l'appliquer plusieurs fois par jour, pendant quelques minutes seulement. Les seules choses dignes d'être notées dans ce traitement consécutif, furent une sensibilité très-vive au niveau du masséter gauche, et l'apparition, une quinzaine de jours après l'opération, d'une tumeur globuleuse et douloureuse au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, qui nécessita un peu plus de réserve dans l'emploi du moyen mécanique, et qui céda à des applications locales de teinture d'iode.

Les choses marchèrent de la manière la plus favorable, sous l'influence de l'application de cet instrument. Un mois après l'opération, la bouche de la malade s'ouvrait à son degré maximum, et à l'aide de la volonté elle pouvait l'ouvrir à demi. Quelques semaines plus tard, elle pouvait mâcher lentement ses aliments, et la facilité de la parole avait beaucoup augmenté. Il existait encore de la tendance à l'occlusion de la bouche, ainsi qu'il arrive dans tous les cas de ce genre, où la tendance à la reproduction du mal doit être combattue longtemps par des mouvements actifs et passifs des articulations. Depuis cette époque, la malade a toujours porté, pendant quelques heures de la journée, un appareil mécanique, destiné à faciliter les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure. Grâce à ce moyen, elle se trouvait, au mois de juin dernier, dans un état si favorable que les mouvements étaient entièrement rétablis, soit pour la mastication, soit pour la parole. (*The Lancet.*)

SALICORNE, *dite Criste-Marine, nouvelle plante alimentaire.* Un de nos auteurs les plus spirituels, Alphonse Karr, exprimait naguère dans le feuilleton du Siècle, sous le titre de Boutade utilitaire, le regret de voir les populations des rivages maritimes dédaigner l'usage alimentaire d'un végétal nommé criste-marine. « J'ai mangé plusieurs fois, disait-il, et avec autant de plaisir qu'aucun légume terrestre, le plus commun de tous sur certaines parties de nos côtes: la criste-marine. La criste-marine a le goût à la fois des épinards et du pourpier, et se prépare de la même manière. Il n'y a que quelques années qu'on s'avise d'en manger; ou en a fait même, pour les marins, des conserves très-saines et moins coûteuses que les autres conserves de légumes, dont l'usage exerce une si heureuse influence sur la santé des équipages et des passagers dans les voyages de long cours; mais très-peu de personnes récoltent, accommodent et mangent cette manne des grèves », c'est le surnom que lui a donné le savant professeur de chimie de Rouen, M. Girardin, « même entre celles qui n'ont rien à manger que du pain, et parfois en quantité insuffisante. — Et cependant, il n'y a qu'à se baisser pour en prendre, comme on dit vulgairement. Cet aliment, très-sain et très-agréable, est en si abondante quantité que l'on pourrait le récolter avec une faux. J'ai entendu affirmer que rien que sur les plages qui avoisinent le Havre, on pourrait recueillir de quoi nourrir pendant dix jours tout le département de la Seine-Inférieure. » L'auteur de l'article ajoutait plus loin: « Je ne considère pas la criste-marine comme une conquête alimentaire du prix de la pomme de terre; mais, je le répète, c'est un aliment sain et agréable et qui a sur la pomme de terre cet avantage que ceux qui n'ont ni terre ni argent n'ont qu'à le ramasser. »

A la lecture de ces lignes, M. Cadet-Gassicourt a pensé que la criste-marine pouvait bien avoir sur la pomme de terre un autre avantage encore. Pénétré de cette pensée, cet honorable pharmacien a sollicité de plus amples renseignements, et s'est adressé à cet effet à M. A. Karr lui-même, qui l'a mis en rapport avec M. Viau, propriétaire à Harfleur, homme de mérite qui, depuis cinq ans et plus, a conçu et mis à exécution l'idée de préparer les conserves dont M. Karr a fait mention. Nous savons de plus maintenant que, dès l'année

1850, l'heureuse innovation alimentaire avait déjà pris assez d'importance et de développement pour mériter que la Société d'encouragement lui décernât une médaille d'argent; que la Commission du cercle de la marine au Havre ne lui fut pas moins favorable, et que des capitaines au long cours ne tarissent pas d'éloges au sujet de la criste-marine. C'est ainsi que la conserve, préparée d'après le procédé particulier de M. Viau, qui n'est encore connu à Paris que de quelques amateurs habitués de l'hôtel des Américains, est déjà tellement répandue ailleurs, que la marine marchande a, depuis quatre ans, consommé plus de trente mille kilos de criste-marine. — Avis à la marine de l'Etat.

Les légumes verts conservés par la méthode d'Appert sont devenus une ressource non moins hygiénique qu'alimentaire à l'usage de la marine, le régime doux et végétal étant, comme on sait, le plus propre à prévenir ou à combattre les affections scorbutiques. Mais il m'a paru qu'indépendamment de ces avantages incontestés, une plante alimentaire, si elle est maritime, doit nécessairement offrir un autre et précieux avantage au point de vue thérapeutique.

Afin de fixer mon opinion à ce sujet, ajoute M. Cadet-Gassicourt j'avais désiré examiner chimiquement la criste-marine. La plante fraîche n'existant pas dans cette saison, j'ai dû me borner à examiner la plante sèche dont M. Viau a bien voulu mettre une certaine quantité à ma disposition. Avant tout, il faut le dire pour les naturalistes et les voyageurs que les indications inexactes dérouteraient, ce qu'on entend, sur le littoral de la Seine-Inférieure, par criste-marine n'est pas la véritable criste-marine des botanistes; le *chrithmum maritimum*, vulgairement perce-pierre, de la famille des ombellifères, plante vivace, qu'on emploie comme l'estragon, en assaisonnement ou confite dans le vinaigre. Le peuple, nomenclateur incompétent et néanmoins décisif, appelle criste-marine une salicorne, *salicornia herbacea*, petite plante annuelle, charnue, de la famille des atriplicées, qui comprend l'épinard, la belle-dame et la betterave. Après avoir incinéré cette plante sèche et soumis les cendres obtenues au traitement généralement usité des chimistes, pour reconnaître la présence de l'iode, j'ai constaté que la salicorne, dite criste-marine, contient une quantité notable de ce corps qui remplit un rôle si important dans la thérapeutique actuelle. L'analyse complète de la plante doit être nécessairement ajournée à une autre saison. Mais on peut dès à présent être assuré que les praticiens trouveront dans cette substance alimentaire une ressource parfaitement appropriée, dans un grand nombre de cas, au régime alimentaire des personnes auxquelles des bains de mer sont prescrits. De plus, les médecins jugeront si cette plante, riche d'ailleurs en sels à base de soude, de magnésie et de chaux, ne peut pas être utilement employée en médecine, soit en décoction, à l'intérieur, soit à l'extérieur, sous forme de topique résolutif, dans le traitement de certaines affections glanduleuses. (*Journal des Connaissances Médicales*, avril 1852.)

VARIÉTÉS.

DE L'AUTORITÉ EN MÉDECINE (1).

Par M. le professeur FORGET.

Si nous voulions jeter un coup d'œil sur le monde politique moderne, nous verrions ce que gagne la civilisation à proscrire l'autorité et à livrer les débris du sceptre aux mains populaires. Faisant ensuite un retour sur la situation du monde médical, nous serions quelque peu surpris de la frappante analogie que présentent ces deux spectacles, hétérogènes en apparence. Nous verrions de part et d'autre une dissolution déplorable, humiliante pour la dignité de l'espèce; mais nous verrions aussi l'orgueil hu-

(1) Voir la livraison de mars, pag. 284.

main, se faisant illusion sur ces désastres, qualifier résolument notre époque de période de transition. Période de transition, en effet, que celle qui par ses excès conduit forcément, à travers les débris, à la restauration de l'autorité. Car les autorités scientifiques, aussi bien que les autorités politiques, périssent moins encore par leurs erreurs que par leurs exagérations. L'abus du pouvoir engendre la révolte, laquelle s'exerce alternativement en sens inverse, et l'on a dit avec raison que le despotisme était la conséquence obligée des abus de la liberté (c'est de science que nous parlons). Le sensualisme de Loke et de Condillac, parvenu aux excès du matérialisme d'Helvétius et de d'Holbach, devait amener le spiritualisme de Kant et la réaction religieuse de la Restauration. En médecine, le spiritualisme de Vanhelmont a produit le mécanisme de Boerhaave, l'humorisme de Sydenham et de Stoll a engendré le solidisme de Pinel et de Broussais, et l'organicisme de l'école de Paris est, probablement, ce qui fomente le vitalisme de l'école de Montpellier. Puis les excès de toutes les doctrines trop exclusives ont engendré l'éclectisme en médecine comme en philosophie ; cercle psychologique dont j'ai développé les évolutions en traitant ailleurs du *mouvement médical au dix-neuvième siècle*.

Mais l'éclectisme n'est point une doctrine, c'est la confusion des doctrines, c'est l'anarchie, puisqu'à chacun il attribue le droit de choisir à sa guise parmi les faits et les doctrines ; d'où résulte bientôt que chacun cherche à se substituer aux faits et aux doctrines des autres. C'est là que nous en sommes arrivés.

Est-ce à dire que dans ce cataclysme intellectuel l'autorité périsse en effet ? Qu'on y réfléchisse, et l'on verra qu'au lieu de s'évanouir l'autorité se multiplie ; mais en se multipliant elle s'affaiblit. Au lieu de deux ou trois autorités belligérantes, vous en avez mille. Au lieu de Pinel, de Brown et de Broussais, vous avez cette foule de noms inconnus qui pullulent chaque jour à la faveur du désordre ; lueurs éphémères qui brillent un instant dans les colonnes d'un journal et qui s'éteignent pour faire place à d'autres lueurs non moins passagères. Que reste-t-il de ces myriades d'autorités se détruisant à l'envi ? Rien, pas même une molécule pour féconder le sol de la science à venir ; rien, qu'un sentiment de profonde amertume pour les destinées de cette science ; rien, qu'un inextricable embarras pour l'innocent praticien qui cherche dans ce chaos un phare pour le guider, une arme éprouvée pour combattre les maladies ; d'où résulte en lui, pour peu qu'il soit conséquent, un découragement, une défiance invincible et bientôt un légitime mépris pour un art semé de déceptions et de mensonges. Voilà où conduisent infailliblement les philippiques de nos modernes esprits forts contre toute autorité qui tend à s'établir sur des bases respectables.

Oh ! s'il n'est plus d'autorité, prenons-les donc au mot et récusons leur autorité à eux, ces modernes Erostrates. Il n'y a pas d'autorité, dites-vous, et sur quoi basez-vous donc vos ostracismes ? Et que signifie, je le répète, cette fécondité stérile de la presse qui chaque jour éjacule un nouveau système et vingt remèdes infaillibles ? Vous le voyez, vous tournez dans un cercle vicieux ; seulement à l'autorité sainte et vénérable de l'illustration et du talent, vous substituez l'autorité des médiocrités révoltées, des petites ambitions en rut ; vous intronisez l'ignorance et patronez le charlatanisme éhonté.....

Mais vous avez beau dire, vous aussi vous méprisez profondément ces autorités avortées ; j'en juge à l'indifférence avec laquelle vous les accueillez et à la facilité avec laquelle vous les oubliez. Ce que vous recherchez, c'est la confusion ; ce qui vous flatte, c'est le niveau par en bas qui vous permet de dominer du haut de votre tribune, livre, chaire ou journal, à la faveur de cette fiction : le néant de l'autorité.

L'autorité, répétons-le donc, existe nécessairement, elle est inhérente à la faiblesse humaine, à l'insuffisance de chaque individu. Qu'elle soit autocratique ou démocratique, elle se révèle toujours, seulement elle est plus forte ou plus faible selon l'un ou l'autre cas. L'autorité a toujours existé en concurrence avec le libre arbitre, l'un de ces éléments dominant l'autre et réciproquement, suivant les circonstances. Autrefois, en médecine comme en politique, l'autorité fut plus ou moins despotique et absolue ; aujourd'hui qu'elle est démocratique on voudrait lui substituer l'anarchie ; mais tel n'est pas l'état normal de l'esprit humain. Il faut que l'autorité recouvre sa puissance dans les limites du droit, c'est-à-dire de la raison. Sans cela point d'ordre, point de progrès possible, le travail universel devenant l'œuvre de Pénélope, l'un détruisant ce que l'autre a fait. Recherchons donc ce qu'on doit entendre par autorité, puissance complexe que nous allons tâcher de réduire à ses principaux éléments ; sans oublier qu'il ne peut exister d'autorité absolue, le libre arbitre, le sens commun réclamant toujours et envers tous son droit sacré d'examen et de contrôle.

L'objet, le sujet de l'autorité, ce sur quoi elle s'exerce comprend les principes et les faits, le rationalisme et l'empirisme, l'induction et l'observation.

Le premier des principes litigieux à poser c'est de savoir si la médecine est une science ou seulement un art. Cette question paradoxale est née à notre époque et formule admirablement le scepticisme qui nous caractérise ; jamais à aucune période de notre histoire, personne n'eût osé soulever pareil problème, personne même n'y eût songé... Ceux-là qui nient que la médecine soit une science posent en fait qu'elle ne peut produire aucun de ces principes généralisateurs qui constituent les sciences, et que dans cette profonde obscurité des systèmes, les aveugles y voient autant que les plus clairvoyants ! Erreur et sophisme que tout cela. S'il en était ainsi, il faudrait, comme on l'a fort bien dit, brûler tous nos livres, y compris les journaux, avec les débris de nos chaires professorales ; le plus vil des empiriques serait l'égal, sinon le maître de nos grands génies, depuis Hippocrate jusqu'à Broussais ; et, pour être logique jusqu'au bout, il faudrait effacer la médecine du nombre des éléments sociaux, car elle cesserait d'exister, et ceux qui la nient, en continuant de la pratiquer, ne seraient que des imposteurs. Peut-on nier que la physiologie soit une science, elle qui fait des emprunts à toutes les sciences ? En second lieu, osera-t-on prétendre que la physiologie soit complétement étrangère à la médecine, à l'époque où le microscope et l'analyse chimique se produisent comme bases de l'une et de l'autre? Oui, on a crié cela, je le sais, on a eu le courage d'affirmer que la science de l'homme sain n'éclairait en rien celle de l'homme malade ! Que voulez-vous ? On a bien nié jadis le mouvement, et certains philosophes de nos jours nient bien encore l'existence de la matière ! Que la droguerie soit une science informe, indigne d'un homme raisonnable, comme l'a dit Bichat, c'est ce que ne prouve que trop cette foule de médi-

castres qui de nos jours pullulent et sont intéressés à nier la science et l'autorité; mais, grâce à Dieu, il existe encore des praticiens qui se font scrupule de jeter la première substance venue dans l'économie comme dans un vase inerte, pour savoir ce qui en adviendra, et qui se règlent un peu sur l'action physiologique des remèdes et sur les propriétés connues de l'organisme dans l'application qu'ils font des médicaments, croyant ainsi faire de la science et témoigner de leur respect pour l'humanité.

Du reste, il m'est avis que cette distinction entre la science et l'art est une pure logomachie, n'en déplaise aux grands génies qui ont subtilisé sur cette matière. J'admettrais même volontiers qu'il y a de la science dans tous les arts, sinon de l'art dans toutes les sciences, et que tout ce qui réclame de la réflexion, de l'induction, bref, la notion de certains principes plus ou moins abstraits, mérite le nom de science, sans qu'il y ait besoin pour cela d'exhiber une de ces lois capitales qui, selon l'expression de Bacon, permettent d'envisager l'ensemble des faits comme du haut d'une tour. Le sens vulgaire a consacré cette opinion en décernant à certains artistes le nom de savants; il y a de savants peintres et de savants musiciens, et l'on voudrait qu'il n'y eût pas de savants médecins !

Ceux qui nient que la médecine soit une science, sont ceux-là même qui prétendent que le fait est tout, que l'induction doit être bannie, que le rationalisme est une chimère dangereuse et que l'empirisme brut est le beau idéal de l'art. Le fait est tout ! mais qu'est-ce qu'un fait? Il est une foule de gens qui donnent et prennent ingénûment une hypothèse, une induction, une pure création de l'esprit pour un fait. Il y a donc des faits de mille espèces; et, quant aux faits réels, produits de l'application directe des sens, n'est-il pas vrai que chacun les perçoit à sa manière? Que les uns ne voient que tel ou tel côté d'un même fait, que parfois même ces prétendus faits n'existent que dans l'imagination de l'observateur halluciné, ne sait-on pas que l'homme défend jusqu'à la mort ce qu'il croit avoir vu, sans se demander s'il était en état de voir (Zimmermann) ? N'est-il pas vrai, comme l'a dit Montesquieu, que les faits sont et seront éternellement matière à dispute? L'interprétation, l'indication, l'application d'un fait ne peuvent-elles pas varier à l'infini ? Ou a dit : « Rien de brutal comme un fait »; ne serait-il pas aussi vrai de dire : « Rien de flexible comme un fait ?» Convenez donc que le mot fait, comme les mots observation, expérience, est une de ces expressions prestigieuses dont on se sert pour leurrer les esprits assez simples pour les prendre à la lettre.

(La fin au prochain numéro.)

M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre, relativement aux élèves en droit, en médecine et en pharmacie, une mesure que l'on ne peut qu'approuver. Dans une circulaire adressée aux recteurs, il a décidé que MM. les doyens des Facultés de droit et de médecine, MM. les directeurs des Ecoles supérieures de pharmacie et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, seront tenus d'adresser aux parents des élèves, à la fin de chaque semestre de l'année scolaire, un bulletin contenant l'état des inscriptions et des examens subis pendant le cours de ce semestre. Ils y joindront leurs observations particulières sur l'assiduité aux divers cours obligatoires, sur la manière dont les examens auront été subis, sur la conduite de l'étudiant à l'intérieur et au dehors de l'Ecole. MM. les doyens et

directeurs seront également tenus de notifier sur-le-champ aux parents ou au tuteur de l'étudiant les poursuites disciplinaires ou autres dont celui-ci aurait été l'objet... Ces mesures, ajoute M. le ministre, ont pour but d'obvier autant que possible aux inconvénients qui résultent de la négligence de quelques étudiants à prendre leurs inscriptions ou à passer leurs examens aux époques déterminées par les règlements, négligence qui leur fait prolonger le temps des études au delà de la durée fixée par les lois.

L'Académie des sciences a tenu, ces jours derniers, sa séance publique annuelle. M. Flourens, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge historique de Geoffroy Saint-Hilaire, et le président a proclamé les prix décernés, ainsi que les sujets de prix proposés.— *Prix de médecine et de chirurgie :* L'Académie a décerné : 1° à M. J. Guérin un prix de 2,500 fr. pour la généralisation de la *Ténotomie sous-cutanée ;* 2° à M. Huguier une récompense de 2,000 fr. pour ses *Recherches sur les maladies dont l'appareil sexuel chez la femme peut être le siége, et particulièrement sur l'esthiomène*; 3° à MM. Briquet et Mignot une récompense de 2,000 fr. pour leur *Traité pratique et analytique du choléra*; 4° à M. Duchenne (de Boulogne) une récompense de 2,000 fr. pour ses *Recherches électro-physiologiques appliquées à la pathologie et à la thérapeutique*; 5° à M. Lucas (Prosper) une récompense de 2,000 fr. pour son *Traité physiologique et pratique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie*; 6° à M. Tabarié et à M. Pravaz une récompense de 2,000 fr. chacun : à M. Tabarié pour avoir employé le premier l'air comprimé dans le traitement des affections de l'organe de la respiration ; à M. Pravaz pour son *Essai sur l'emploi de l'air comprimé*; 7° à M. Gluge une récompense de 2,000 fr. pour son ouvrage sur l'*Histologie pathologique*; 8° à M. Gosselin une récompense de 1,500 fr. pour ses *Recherches sur les oblitérations des voies spermatiques*; 9° à M. Gariel une récompense de 2,000 fr. pour les applications qu'il a faites à la chirurgie et à la médecine du *Caoutchouc vulcanisé*; 10° à M. Vidal (de Cassis) une récompense de 1,500 fr. pour l'invention des *serres-fines*; 11° à M. Serres (d'Uzès) un encouragement de 1,000 fr. pour ses recherches *sur les phosphènes*; 12° à M. Boinet un encouragement de 1,000 fr. pour son Mémoire *sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées.* Des mentions honorables ont été accordées à MM. Monneret et Fleury pour l'important ouvrage intitulé : *Compendium de médecine pratique*, et à M. Sandras pour son *Traité des maladies nerveuses.* La Commission a regretté que la nature de l'ouvrage de MM. Monneret et Fleury, qui ne remplit pas les conditions exigées par le concours, ne permît pas à l'Académie de récompenser les auteurs d'une manière mieux proportionnée à leur mérite.—Le prix de *physiologie expérimentale* a été accordé à M. Ch. Bernard pour son Mémoire *sur une fonction nouvelle du foie chez l'homme et les animaux.* Des mentions honorables ont été accordées à M. Brown-Sequart pour son Mémoire *sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière*; à M. Léon Dufour pour son *Histoire anatomique et physiologique des scorpions;* à M. Jobert (de Lamballe) pour un Mémoire intitulé *Considérations sur les appareils électriques de la torpille et du gymnote.* — Enfin, l'Académie a décerné, pour les *prix relatifs aux arts insalubres* : à M. Masson un prix de 2,000 fr. pour avoir introduit dans l'usage alimentaire des *conserves végétales,* qui améliorent le régime des équipages à bord des na-

vires, et à M. Sucquet un prix de 2,000 fr. pour son procédé destiné à prévenir l'infection des amphithéâtres de dissection.

L'Académie de médecine a procédé, dans la séance du 19 avril, à la nomination d'un nouveau membre dans la section d'accouchements. Ainsi qu'il était facile de le prévoir, c'est entre MM. Lenoir et Depaul que la lutte a été véritablement engagée. Un premier tour de scrutin a donné 33 voix à M Depaul, 31 à M. Lenoir, 14 à M. Devilliers, 14 à M. Jacquemier. Au second tour, M. Depaul l'a emporté par 48 voix contre 36 données à M. Lenoir. En conséquence, M. Depaul a été proclamé membre de l'Académie de médecine.

Un incident vraiment remarquable et presque inouï dans les fastes des concours a marqué celui qui a lieu en ce moment à l'administration de l'assistance publique pour la nomination de deux chirurgiens du bureau central. Mécontents des jugements portés sur les épreuves, six, sur huit, des candidats qui avaient été admis à prendre part aux épreuves définitives, ont écrit à l'administration une lettre par laquelle ils annonçaient qu'ils se retiraient du concours. Cette lettre ayant reçu une grande publicité par son insertion dans un journal de médecine et par les commentaires dont elle a été l'objet de la part de ce journal, l'administration de l'assistance publique a désiré que cette lettre fût retirée; elle l'a été réellement, mais par une seconde lettre dans laquelle les candidats annonçaient qu'ils ne rentraient dans le concours que pour ne pas compromettre le sort de cette institution. Cette fois, les juges ont exigé formellement le retrait de cette seconde lettre. Les candidats s'étant soumis à ce qu'on exigeait d'eux, les épreuves du concours ont été reprises et continueront maintenant, il faut l'espérer, sans aucune interruption.

Par décision du 9 avril, le prince Président de la République a donné son approbation au classement résultant de la fusion des sections de médecins et de chirurgiens en un seul corps de médecins militaires. Ce classement comprend les inspecteurs, les officiers principaux, les médecins ordinaires de première classe et les majors de première classe, les médecins ordinaires de deuxième classe et les chirurgiens-majors de deuxième classe, les médecins adjoints et les chirurgiens aides-majors de première classe. Les chirurgiens-majors de deuxième classe restent classés comme ils l'étaient dans les annuaires précédents; à cette exception près que les anciens aides-majors, non docteurs et d'une nomination antérieure à l'ordonnance du 12 août 1836 sont mis hors cadre, tout en conservant leur emploi jusqu'à leur admission à la retraite ou leur réception au doctorat. La fusion est faite de telle sorte que les médecins et chirurgiens conservent sur le nouveau contrôle un rang exactement correspondant à celui que chacun occupait précédemment dans la hiérarchie professionnelle.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raoul, médecin-professeur à l'Ecole de médecine de la marine, à Brest.

Le rédacteur en chef, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

TRAITEMENT DE L'APHONIE PAR L'ÉTHER.

Par M. J. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

L'aphonie, perte plus ou moins complète de la voix, est l'un des symptômes ordinaires des nombreuses lésions qui peuvent affecter le larynx ; ainsi, elle s'observe dans l'inflammation de cet organe, aiguë ou chronique, simple ou pseudo-membraneuse, ou bien encore lorsque les organes vocaux sont le siége de plaies, d'ulcérations, d'abcès, de végétations, fongosités, tumeurs diverses, etc. Mais en outre de ces circonstances, où la lésion matérielle est facilement appréciable, il en existe de très-nombreuses où l'on ne peut attribuer l'aphonie qu'à une modification des nerfs laryngés, soit idiopathique, soit sympathique. Les faits de ce genre abondent dans la pratique. Si ces aphonies nerveuses se lient sympathiquement à des états physiologiques passagers, tels que l'écoulement des règles, la grossesse, des émotions vives, la fatigue qui suit les efforts de chant et de parole, — ou à des états morbides, tels que des maladies, inflammations, hémorrhagies ou névroses des voies digestives, des organes génitaux, de l'encéphale, certaines intoxications, notamment celles par le plomb et les solanées, — elles disparaissent généralement avec l'une de ces causes si variées qui les avait vues se produire; néanmoins, quelquefois elles persistent après que toute sympathie est brisée entre l'acte physiologique ou morbide et l'innervation laryngienne. Enfin, elles s'établissent, brusquement ou avec lenteur, avec ou sans cause apparente, comme sans altération organique palpable, idiopathiquement ; et sous toutes ces faces, les aphonies nerveuses constituent des cas dignes d'intérêt, qui, pour ne faire encourir à la santé de l'individu aucun péril, le gênent et le troublent dans l'exercice de ses relations sociales, et opposent souvent à la thérapeutique la ténacité la plus déplorable.

Il arrive encore parfois que les lésions locales qui avaient déterminé et entretenu l'aphonie se sont dissipées, et que la voix reste plus ou moins altérée, affaiblie dans son timbre, et même entièrement abolie. Si l'aphonie ne s'est produite, comme manifestation purement sympathique, que sous l'influence de l'un des états physiologiques, ou de l'un des états pathologiques qui ont été énumérés tout à l'heure, indépendamment de toute lésion du larynx, il est évident qu'elle ne peut avoir son support organique que dans les nerfs spéciaux de l'appareil vocal ; mais quand elle se lie à des lésions localisées dans le

larynx ou dans son voisinage, à des lésions qui l'altèrent dans ses conditions anatomiques comme dans l'exercice de ses fonctions, peut-on l'expliquer par le fait seul de ces lésions, sans modification préalable ou conjointe des nerfs spéciaux du larynx ? Sans doute plusieurs de ces lésions, inflammations, ulcérations, tumeurs, membranes diphtéritiques, etc., peuvent concourir à la production de l'aphonie; mais je crois que dans la majorité des cas elles déterminent surtout les altérations du timbre de la voix connues sous le nom de raucité et d'enrouement; et quant à l'aphonie vraie, caractérisée, suivant le degré, par l'affaiblissement simple, l'extinction ou l'abolition de la voix, je la considère comme ayant le plus souvent pour point de départ une modification spéciale de l'innervation laryngienne, l'enrouement et la raucité pouvant aussi eux-mêmes être causés par une modification nerveuse, en l'absence de toute autre lésion du larynx ou de ses dépendances. L'abolition complète de la voix a lieu chez les animaux auxquels on coupe les deux nerfs récurrents comme chez les individus qui, par suite d'une plaie ou d'une opération chirurgicale, ont subi leur section ou leur ligature; démonstration évidente de la destination fonctionnelle de ces nerfs, d'où l'on doit tirer l'induction légitime que leur intégrité parfaite est indispensable à la phonation, et que la plupart des altérations de la voix sont imputables à des modifications, et disons plus franchement, à des lésions de ces nerfs qui, pour n'être pas sensibles à nos moyens actuels d'investigation, n'en sont pas moins rationnellement admissibles. Or, les nerfs laryngés, le supérieur et surtout l'inférieur ou récurrent, émanations puissantes du pneumo-gastrique, animent tous les muscles du larynx; la modification nerveuse d'où surgit l'aphonie retentit donc nécessairement sur ces faisceaux délicats, et peut-être dans ces conditions sont-ils frappés d'un état de spasme ou d'inertie sur lequel reposerait la physiologie pathologique de l'aphonie.

En raisonnant ainsi sur l'origine ou essence nerveuse de l'aphonie, je suis arrivé à expérimenter contre elle la médication antispasmodique, et parmi ses nombreux agents, j'ai choisi l'éther.

Bien souvent il a été empiriquement constaté que les boissons alcooliques, prises chaudes ou froides, pures ou délayées, et toujours, bien entendu, avec mesure, exercent une influence heureuse sur les extinctions de voix. Le grog et le punch, par exemple, dissipent parfois, mieux que les émollients et les béchiques ordinaires, ces laryngo-bronchites apyrétiques survenues brusquement à la suite d'un refroidissement ou de fatigue de la voix. Beaucoup d'individus, appelés à porter longtemps la parole ou à chanter en public, savent donner à leur

voix de la force, de l'éclat et de la durée en buvant préalablement d'un vin très-généreux, tels que le xérès ou le madère. L'éther, qui ressemble un peu à l'alcool par l'impression vive et pénétrante qu'il détermine sur le système nerveux, par l'ébriété même que son ingestion peut occasionner à certaine dose, me semblait propre à influencer favorablement une névropathie de l'organe vocal, d'autant mieux qu'à son action stimulante très-fugace s'adjoignent des propriétés antispasmodiques et calmantes d'une plus longue portée.

L'expérience a justifié mes prévisions ; l'éther exerce sur les extinctions de voix une influence manifeste et souvent remarquable par sa promptitude.

Il ne faut pas prétendre détruire avec cet agent les altérations de la voix liées à des lésions organiques du larynx, telles que les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, les tumeurs, dégénérescences, etc. ; tout au plus pourrait-on les amender légèrement et passagèrement. On ne doit songer à employer l'éther que dans le traitement des aphonies nerveuses sans complications, et dans celles qui accompagnent les laryngites et les laryngo-bronchites simples, aiguës ou chroniques.

Dans ces derniers cas, j'administre aux malades une potion contenant de 1 à 4 grammes d'éther, par cuillerée, d'heure en heure, ou à peu près, et de manière à soutenir constamment la médication. S'il s'agit d'une aphonie nerveuse simple, en général plus elle est ancienne, plus l'action de l'éther tarde à se produire et moins elle est durable ; au contraire, si elle est récente ou légère, elle disparaît avec plus de rapidité. Lorsque la voix ne reparaît pas avec son timbre normal au bout de quelques jours, j'abandonne le médicament, tant parce qu'il me semble alors insuffisant ou inefficace que parce que beaucoup de malades le prennent au bout d'un certain temps avec répugnance. J'ai obtenu, à l'aide de ce moyen exclusivement employé, plusieurs guérisons rapides et sans récidives.

Les aphonies qui accompagnent un grand nombre de ces affections vulgairement désignées sous le nom de rhumes, laryngites, laryngo-bronchites avec altération plus ou moins prononcée de la voix, cèdent également dans beaucoup de circonstances à l'emploi de l'éther ; il m'a suffi parfois d'employer pendant deux ou trois jours, pendant un seul jour même les potions éthérées, pour enlever l'aphonie ou la diminuer très-notablement. Reste l'inflammation de la muqueuse aérienne qui suit son cours, mais souvent modifiée elle-même avantageusement par l'éther qui modère et atténue la toux. Dans ces cas, du reste, on ne doit pas s'en tenir à ce médicament ; on recourra simultanément au kermès, à l'ipéca, à l'oxymel scillitique, aux balsamiques, aux opiacés,

suivant les indications, et l'on peut faire marcher de front l'action de l'une ou de l'autre de ces substances, et celle de l'éther, en les associant dans la même potion. Enfin l'action de tous ces médicaments sera très-puissamment accrue par l'usage constant de tisanes chaudes, et celles qui contiendront des principes aromatiques, telles que la sauge et la menthe, viendront mieux que toute autre en aide à l'éther. Toutefois, quelque complexité que l'on introduise dans la médication, il sera toujours facile de discerner la portée spéciale de l'éther; en effet, la plupart du temps, pendant son administration, on verra graduellement la voix se relever, s'éclaircir, pour s'éteindre de nouveau si le médicament est suspendu avant que l'aphonie soit complétement vaincue. Il est donc nécessaire de continuer l'éther pendant quelques jours avec persévérance, jusqu'à ce que l'on voie se maintenir l'amélioration obtenue dans la phonation.

L'analogie qui existe entre les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'éther et du chloroforme m'a fait penser que ce dernier agent pourrait offrir les mêmes avantages que le premier dans le traitement de l'aphonie ; c'est ce que j'ai vérifié en employant le chloroforme à la dose de 50 à 75 centigrammes dans une potion ; j'ai été amené cependant à attribuer la supériorité dans l'espèce à l'éther. D'ailleurs, dans le cas d'insuccès par l'emploi de l'un de ces médicaments, on pourra expérimenter l'autre, et obtenir alors, comme il m'est parfois arrivé, de meilleurs résultats.

Il est souvent très-curieux de suivre la rapide progression avec laquelle s'amende et disparaît l'aphonie. Parmi plusieurs exemples, j'en citerai un des plus probants : récemment, dans mes salles à l'hôpital de Cherbourg, un homme atteint de fièvre typhoïde à forme pectorale, était aphone depuis les premiers jours de sa maladie ; vers le commencement de la convalescence, une potion éthérée lui est prescrite, et dès la fin du premier jour la voix est revenue et s'est maintenue invariablement à son timbre normal.

Quand on songe à l'opiniâtreté de certaines aphonies, à l'inefficacité trop fréquente des nombreuses médications dirigées contre elles, on jugera peut-être dignes de quelque attention des essais thérapeutiques qui ont réussi dans une assez large proportion pour engager les praticiens à les renouveler. Cette médication est toujours un peu utile quand elle ne l'est pas beaucoup, et elle n'est jamais offensive. Certes, on n'en peut dire autant des cautérisations buccale, pharyngienne, sus-épiglottique, qui tourmentent fort les malades, et des révulsifs cutanés sur le cou, vésicatoires, cautères, frictions au tartre stibié ou à l'huile de croton, qui ont le grand inconvénient, surtout chez les femmes, de

laisser des stigmates indélébiles. Nul de ces moyens n'est sans valeur, j'y recourrais sans doute, ou à d'autres encore; mais je me crois autorisé désormais à les réserver pour les cas dans lesquels j'aurais préalablement constaté l'inefficacité ou l'insuffisance de l'éther et du chloroforme.

D[r] J. Delioux.

DU TRAITEMENT DE LA DARTRE SQUAMMEUSE HUMIDE (HERPES SQUAMOSUS MADIDANS D'ALIBERT, ECZEMA DE WILLAN) : UN MOT SUR QUELQUES OBSERVATIONS D'IL Y A VINGT ANS, RELATIVES A L'EMPLOI DU GOUDRON ET DE L'HUILE PYROGÉNÉE DE HOUILLE.

Par le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

(Suite et fin) (1).

J'arrive au traitement de l'*herpes squamosus madidans,* dartre squammeuse humide, et j'en produirai de suite une observation remarquable, traitée par la pommade à l'huile pyrogénée de houille.

La femme d'un ancien employé aux châteaux royaux fut reçue au pavillon Gabrielle en 1831, et couchée au numéro 2. Cette malade avait été presque subitement couverte, de la tête aux pieds, d'une dartre squammeuse, à la suite, disait-elle, des chagrins qu'elle avait éprouvés après la révolution de 1830. La maladie datait déjà de plusieurs mois; malgré son étendue elle n'entraînait pas de fièvre, mais une chaleur mordicante et une desquamation telle, qu'on pouvait ramasser à poignée les débris d'épiderme que la malade laissait chaque matin dans son lit. Il se faisait sur la peau quelque suintement de sérosité, mais peu considérable et d'une manière fort insensible.

Ces conditions pathologiques produisaient des folioles épidermiques fort larges et surtout fort transparentes, circonstances qui, jointes à certains caractères, tels que l'empreinte des papilles de la peau sur ces mêmes écailles, attestaient que la maladie n'était pas très-aiguë. En effet, dans ce cas, elles sont mates, friables, imbibées qu'elles sont d'une sérosité souvent purulente, et n'ont jamais que des rapports fort éloignés avec la texture épidermique, parce qu'elles se reproduisent trop rapidement et sous les conditions d'une plus mauvaise sécrétion.

Malgré ces conditions de chronicité, bien que nous fussions très-disposé à essayer le goudron, tant d'autres moyens ayant été inutiles, nous hésitâmes devant cette universalité de la maladie, dont l'exaspération eût pu compromettre les jours de la malade. Nous nous décidâmes cependant à employer la pommade goudronnée à faible dose et

(1) Voir la livraison de mars, p. 246.

sur un membre seulement. Or, le hasard fit que ce fut la pommade à l'huile pyrogénée de houille.

Par l'atténuation de la dose, nous n'eûmes aucun mécompte à déplorer, car huit jours après, nous pûmes constater que, non-seulement l'injection de la peau avait diminué, mais surtout que la desquamation épidermique était plus rare sur le membre frictionné. Alors nous étendîmes successivement la médication aux autres membres, puis à tout le corps; et nous pûmes progressivement constater l'amélioration de la maladie, c'est-à-dire le ralentissement de la reproduction épidermique, et, par plaques toujours plus étendues, le retour de la peau à l'état physiologique. Enfin, au bout de trois mois, la maladie avait disparu entièrement, et cette dame quitta l'hôpital Saint-Louis, fort heureuse et satisfaite.

Nous avons aussi trouvé la pommade goudronnée, que nous pouvons appeler végétale ou minérale, suivant que l'huile est extraite du genévrier ou de la houille, très-utile sur les dartres squammeuses humides que les vieillards portent aux jambes, principalement à ce moment où la plupart des médecins les regardent comme guéries, tandis qu'elles ne sont qu'amendées : je veux parler de ces conditions où la desquamation a cessé, et où il ne reste qu'un épiderme continu, mais transparent, imparfait. En effet, il est toujours luisant et laisse apercevoir la couleur rouge de la peau. Ces deux conditions réunies lui donnent alors la plus grande analogie avec certaines pelures d'oignons rouges, d'autant que cet épiderme est si mince et si peu adhérent, qu'en promenant le doigt sur cette peau, on voit ce tissu se froncer et onduler à la moindre pression, preuve certaine de son peu de consistance et de sa faible cohésion avec les tissus sous-jacents.

Les frictions goudronnées nous ont parfaitement réussi, il y a vingt ans, dans cet état de choses. Sous leur influence, l'injection passive du derme s'atténuait, l'épiderme imparfait s'exfoliait, pour faire place ainsi à un nouveau, jusqu'au retour physiologique d'une sécrétion normale et définitive.

Depuis lors, nous nous sommes constamment assuré, dans le midi de la France, où la peau est bien plus sensible et irritable, qu'il fallait employer ce remède avec beaucoup de précautions, à petites doses et à frictions éloignées; nous nous sommes convaincu, en outre, que son action sur la contractilité de la peau et celle des capillaires sanguins était heureusement secondée par des affusions d'eau froide et une compression méthodique de la jambe malade.

Ces nouvelles considérations nous conduisent à ajouter ici aux propriétés du goudron qui nous furent révélées il y a longtemps, quel-

ques nouvelles appréciations pratiques que l'expérience nous a dévoilées.

La première, c'est que, comme tous les dermatologistes le savent, ces topiques, qui peuvent parfaitement faire disparaître les maladies de la peau, sont tout à fait impuissants pour en prévenir le retour. En effet, si plusieurs des malades que nous avons cités ne sont pas revenus, il faut en rechercher la cause, non pas dans l'action du remède, qui n'a été que l'occasion de la guérison, mais dans les mouvements physiologiques qui se sont opérés d'eux-mêmes dans les constitutions.

Aussi, lorsqu'on veut atteindre le mal, je ne dirai pas dans sa cause, mais dans sa racine, il importe de modifier profondément l'organisme et de changer, pour ainsi dire, la condition organico-humorale de l'individu, circonstance indispensable pour arriver à une métasynérise réelle, seule et vraie dépuration de la viciation morbide. (Voyez, dans ce recueil, mon dogmatisme pratique sur les maladies dartreuses, années 1849, 1850.)

En effet, quoique nous sachions que dans toutes ces maladies il y a un vice réel, inhérent à la constitution du sujet, et par conséquent fusionné dans les liquides et les solides de l'organisme, comme le prouvent l'hérédité de ces maladies, leur retour, et surtout les difficultés toujours plus grandes de les faire disparaître alors qu'elles ont reparu plus souvent, nous ne connaissons pas ce vice, et surtout nous ne savons pas comment il faut attaquer son individualité.

Il y a même plus : c'est que quelque moyen, en apparence spécial, que nous employions, aucun ne produit d'effet notable, s'il n'agit sur la constitution en général, par les sécrétions qu'il détermine. Dès lors, il faut forcément nous reporter aux lois générales du grand mécanisme physiologique qui préside à la composition et à la décomposition de nos organes, et mettre à profit cette observation prédominante qui, depuis Galien, nous apprend que si les vaisseaux inhalants sont les portes d'entrée de nos maladies, les exhalants en sont les portes de sortie.

Ces circonstances n'impliquent pas, comme on ne l'a que trop cru, que parce que la peau est affectée, c'est la diaphorèse qu'il faut solliciter; mais, bien au contraire, comme l'expérience nous l'a appris, il faut, pour obtenir la résolution d'une maladie de la peau, refouler le mouvement circulatoire et vital de l'extérieur à l'intérieur, pour opérer ainsi une révulsion, tandis qu'on prépare des moyens d'élimination, en sollicitant les sécrétions intestinales, hépatiques, pancréatiques, rénales, etc. N'est-ce pas là, véritablement, le mécanisme

réel par lequel s'opèrent les résolutions des maladies de la peau ? Est-ce que celles qui disparaissent sous l'influence d'un simple traitement topique, et qui ne reviennent plus, s'éliminent par la peau ?

De telles circonstances ne surviennent-elles pas ordinairement à la suite d'un changement complet de conditions hygiéniques, d'habitation, de climat, de nourriture, de profession, qui transforment absolument nos élaborations et nos sécrétions? et n'est-ce pas à celles-ci que nous devons nos véritables régénérations ? Les exemples de ce fait sont aujourd'hui fort nombreux.

Mais, pour en revenir particulièrement à notre question pratique, les eaux thermales sulfureuses guérissent si peu les maladies de la peau par le mouvement périphérique qu'elles déterminent, que, prises en bain, elles ont souvent ravivé des dartres squammeuses humides, d'une manière très-fâcheuse ; et une fois, pour une dartre générale de cette nature, la mort en fut la triste conséquence. Le traitement diacrétique intérieur, par les eaux minérales thermales, est au contraire sans danger, et procure les meilleures guérisons, comme j'en ai différents exemples ; tandis qu'une telle observation passe à l'état de démonstration, lorsqu'on voit les eaux minérales, froides, réussir mieux, dans ce cas, et être même parfaitement remplacées, quant à leur action extérieure, par l'eau froide simple, comme le prouve, entre autres, l'observation suivante.

Une dame, très-chargée d'embonpoint, voulut s'appliquer, de son propre mouvement, un cautère au bras, et ce cautère réveilla aussitôt une humeur dartreuse, dont cette dame avait été affectée il y avait plusieurs années. Tout le bras devint le siége d'une dartre squammeuse humide très-vive, *eczema rubrum.* De nombreux cataplasmes chauds ayant été appliqués en vain pendant plusieurs mois, on se préparait à administrer le sirop de salsepareille et la banale pommade soufrée, lorsque je fus appelé. Je ne pus admettre ni l'un ni l'autre moyen : le premier, parce que s'il n'était pas sudorifique, comme on le croyait, il était au moins excitant, et que le pouls était fort et plein. D'ailleurs, loin de vouloir pousser à la peau, je voulais refouler de la peau à l'intérieur. Quant au second, à la pommade, j'avais trop d'exemples de son inutilité dans les dartres sèches, et trop d'expérience sur la susceptibilité des dartres sécrétantes, pour ne pas redouter son action dans un cas où la peau était si vivement enflammée, si turgescente, etc.

Je fis diamétralement l'inverse, et cela en obéissant aux indications physiologiques les plus naturelles. Je cherchais :

1° A diminuer la chaleur générale et la plasticité humorale, en

prescrivant deux litres par jour de chiendent miellé, auxquels je faisais ajouter 4 grammes de carbonate d'ammoniaque ;

2° J'excitais un mouvement humoral intérieur, en même temps que je déterminais des sécrétions extérieures abondantes, en prescrivant deux ou trois purgatifs par semaine ;

3° Enfin, je ne permis qu'un régime alimentaire herbacé et frugal ;

4° Tandis que je me bornais à l'extérieur à diminuer la phlegmasie dartreuse, en augmentant la contractilité des tissus, au moyen d'applications d'eau froide, pure et simple, et de lotions fréquemment renouvelées avec le même liquide.

Sous l'influence de ce traitement, quinze jours s'étaient à peine écoulés, que la vivacité de l'inflammation dartreuse avait disparu, et que l'exfoliation épidermique devenait plus rare et plus sèche. Toutefois, je voulais continuer ces moyens encore un certain temps, pour seconder le mouvement de dérivation et d'élimination que j'avais établi, et laisser ainsi la maladie dartreuse s'éteindre d'elle-même, et son principe se dissiper par l'absorption excitée et les sécrétions provoquées, lorsque cette dame reçut la visite d'un médecin de Marseille, qui, en passant dans ce pays, voulut lui faire une visite de politesse. Naturellement, il fut question de son mal, et madame X. le montra. Or, l'amélioration était telle, que le médecin dit à la malade qu'elle ne devait plus s'occuper de son eczéma, et pour le lui prouver, il lui conseilla seulement d'y appliquer un papier oint avec de l'huile d'olive.

Cette dame, enchantée d'en être quitte à si bon marché, ne comprenant ou ne pouvant comprendre tout ce que je prétendais obtenir de l'eau froide, dont les applications répétées l'ennuyaient peut-être, se hâta de suivre ce dernier conseil, si simple, si facile, et surtout si commode. Mais, peu de jours après, je suis mandé de nouveau, car la maladie s'était ravivée. Etonné de ce fait, et ne pouvant me l'expliquer, elle m'avoua tout, car elle se souvint alors, mais trop tard, que lorsque je repoussais la pommade soufrée, je dis que dans ces mêmes cas, quelquefois, de l'huile seule suffisait pour augmenter le mal. Nous revînmes donc à nos lotions et applications d'eau froide et à tout notre traitement intérieur, qui triomphèrent en peu de temps de tout le mal, et si bien, qu'il y a trois ans de cela et qu'il n'en a plus été question.

Je pourrais centupler ces observations et citer, entre autres, une dartre squammeuse centrifuge de la paume des mains, ordinairement si rebelle, qui a parfaitement cédé, et qui a cédé sans reparaître, à un traitement absolument conforme. Enfin, cette pratique m'est tellement familière, qu'aujourd'hui je traite une femme, qui m'a été adres-

sée de Montélimart, par les caux minérales salines et soufrées, froides, à l'intérieur, et de simples lotions, bains et applications d'eau froide sur les mains et la figure, qui sont affectées de la dartre squammeuse humide. Je n'ai pas osé encore conseiller à cette malade de se lotionner avec les caux qu'elle boit et qui viennent sourdre aux environs de Manosque, tant je redoute de trop activer l'inflammation dartreuse et de déranger le mouvement diacrétique intérieur; mouvement si prononcé, que cette femme, d'une constitution lymphatique, a beaucoup maigri à la suite des superpurgations déterminées par les eaux prises en boissons. Mais voilà à peine quinze jours de ce traitement, et déjà la dartre ne flue plus en certaines parties, telles que le front, le nez, et différentes parties de la peau des mains reprennent leur caractère physiologique. Cependant cette maladie date de plus d'un an et avait, depuis, toujours augmenté.

Certes, si de telles précautions sont indispensables pour l'application de corps gras anodins, de l'huile d'olive, pour les bains sulfureux et ceux d'eaux salines froides, à plus forte raison doivent-elles être prises pour des frictions goudronnées. Les bains, les lotions n'ont qu'une action temporaire, et les pommades au goudron agissent d'une manière permanente.

Au reste, dès l'instant que nous voyons agir également bien, suivant les phases de la maladie, et l'eau froide et l'eau saline sulfureuse froide, et l'eau thermale et le goudron, etc., est-il permis d'aller rechercher dans le remède une action spéciale sur le mal ?

Non ! l'action si manifeste de l'eau froide, alors surtout que les courants de nos fluides, et pourquoi ne dirai-je pas de nos humeurs, se sont portés sur les surfaces sécrétoires intérieures, ne consiste qu'à augmenter la contractilité de la fibre des tissus, pour déterminer au milieu de ceux-ci la résolution; résolution d'autant plus facile que le mouvement d'absorption est excité par ces deux phénomènes, contraction extérieure et sécrétion intérieure, mouvement dont l'ensemble et l'accord agissent merveilleusement dans le sens et la direction du système lymphatique, et qui, dans le cas de maladies de la peau, concourt, on ne peut mieux, à ébranler d'abord, et ensuite à transporter et à éliminer, comme le voulait Bordeu, les matériaux de la résolution. Aussi, d'après ces phénomènes, pouvons-nous dire que l'action du goudron, comme des eaux salines, comme de l'eau froide, n'est destinée qu'à exciter la contractilité de la fibre des tissus de la peau ; que, cependant, chacun de ces moyens peut varier dans ses degrés d'action et d'impressionnabilité sur la sensibilité qui excite et détermine cette contractilité; action qui, trop vive, peut agir si subitement sur la sensi-

bilité sans exciter la contractilité, ce qui, au lieu de chasser les liquides par cette dernière, les appelle.

Dès lors, l'afflux de ceux-ci apporte un obstacle matériel à cette même contractilité; et, par conséquent, au lieu d'y avoir résolution, il y a surcroît d'hyperémie. Voilà pourquoi l'utilité de ces moyens dépend tout entière de l'opportunité de leur application, soit sous les rapports de la sensibilité individuelle ou pathologique, soit sous ceux de la fluxion des liquides.

C'est aussi ce qui explique comment les mêmes moyens ne sont pas toujours bons pour exciter cette contractilité. Tantôt ce sont les réfrigérants et les anodins qui abaissent cette même sensibilité, d'autres fois ce sont les eaux salines, froides ou thermales, le goudron, qui l'élèvent.

En conséquence, le moment de l'application est tout dans cette thérapeutique comme dans toute autre, puisqu'il s'agit toujours de modifier la direction des conditions physiologiques dans lesquelles se trouve certain organe, par rapport au reste de l'organisme.

Ces explications données, il ne me reste plus, pour montrer ainsi en application les principes précédents, qu'à fournir à la pratique quelques formules dont l'application se rencontre le plus ordinairement. Pour cela, je ne crois pouvoir mieux faire qu'en rapportant une observation de dartre squammeuse humide de la membrane pituitaire, maladie ordinairement rebelle, et jusqu'ici fort difficile à modifier ou à faire résoudre; car j'ai vu souvent Alibert échouer avec ses fortes cautérisations au crayon d'azotate d'argent sur lesquelles il comptait tant.

Dans la même intention, c'est-à-dire pour bien faire comprendre aux praticiens l'ordre et la méthode que réclame cette maladie, je rapporterai ici une consultation que j'ai faite dernièrement pour un malade qui m'a été adressé par M. le docteur Blanc, de Troies. Je choisis ce cas pour bien montrer la méthode qu'exige un tel traitement, et aussi parce que la maladie avait déjà résisté aux moyens les plus ordinairement usités, et surtout parfaitement dirigés, car ils l'avaient été par un savant professeur de Montpellier.

Nous commencerons donc par la dartre squammeuse humide de la pituitaire. Une femme, d'un tempérament lymphatique, vint me consulter, il y a trois ans, pour une maladie qu'elle portait dans le nez depuis seize mois, maladie contre laquelle avaient échoué diverses pommades, des vésicatoires, du sirop de Portal, l'élixir de Pérylhe, et une infinité de tisanes dites dépuratives, que l'on ordonne depuis si longtemps, on ne sait trop pourquoi.

Au moment où elle se présenta à moi, le nez était gonflé, les bords des narines squammeux, fendillés. Du fond de ces éraillures sortait

un liquide qui, souvent, se concrétait en petits grumeaux comme succinés. Quelquefois, sur le même bord des narines, on voyait quelques petites vésicules ou pustules qui se vidaient et sécrétaient ensuite un certain temps. Si l'on regardait au fond des narines, on découvrait à peu près partout, jusqu'où l'œil pouvait atteindre, les mêmes phénomènes des squames, des croûtes, tandis que la malade, en se mouchant, rendait ces croûtes et ces squames par parcelles, et souvent avec un peu de sang.

Je lui prescrivis :

1° Pour disposer les sécrétions internes, réveiller et exciter l'absorption, les pilules altérantes suivantes, dont elle prendrait d'abord deux par jour, ensuite quatre :

Pr.	Chlorure de sodium.	10 grammes.
	Iodure de potassium.	10 grammes.
	Extrait de douce-amère.	5 grammes.
	— de saponaire.	5 grammes.

F. S. A. 100 pilules que l'on prendra, ou à jeun, ou lorsque la digestion sera faite, en ayant soin de ne les avaler qu'une à une chaque fois, et toujours avec un verre d'eau, afin que la pilule se dissolve dans une plus grande quantité de liquide, et non sur un seul point de l'estomac.

2° Afin de déterminer la résolution de l'affection, et d'établir un mouvement de dérivation et de révulsion dans les fluides, dans le but de seconder et de hâter l'équilibration fonctionnelle et circulatoire sous laquelle doit s'opérer cette résolution, la malade prendra, tous les matins et tous les soirs, pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, un bain de pied chaud, et dans le même temps elle reniflera de l'eau très-fraîche, et maintiendra des linges imbibés du même liquide sur le nez et la tête.

Après quinze jours, je fis ajouter un peu de sel de cuisine à l'eau que a malade reniflait, et j'augmentai ces proportions à mesure que je m'apercevais du bon effet que produisait cette addition.

3° Après un mois de ce traitement, alors que l'absorption était excitée, comme le témoignait déjà la résolution prouvée par moins de tuméfaction au nez, moins de croûtes, plus du tout de saignements, ainsi qu'une liberté plus grande pour la malade dans cet organe, j'ajoutai à ces moyens une purgation un jour non l'autre, pour exciter l'absorption par les sécrétions et l'élimination. Les jours de purgation, la malade ne prenait pas de pilules le matin ni de bain de pieds.

4° Après six semaines de ce traitement, alors plus complet, il ne restait plus pour trace du mal que quelques légers furfures sur les bords des narines, à tel point que ce ne fut qu'avec beaucoup de peine

que j'obtins de la malade de persister ; mais j'avais vu tant de malades perdre tout le fruit d'une longue médication pour n'avoir pas voulu continuer leur traitement, que cette fois j'insistai, et vis enfin mes efforts et mes peines couronnés d'un plein succès.

La malade continua donc les pilules altérantes, une soir et matin seulement, les bains de pieds une fois par jour, et deux purgations par semaine, pendant un mois environ ; mais je remplaçai les reniflements d'eau salée par ceux d'eau de goudron que j'employais depuis vingt ans et qui me réussissaient, notamment la première fois que je les employai sur une femme de Valensole. Seulement, depuis lors, l'expérience m'avait appris que cette eau, comme la pommade, n'était vraiment efficace que sous certaines conditions de la maladie que j'indique dans cette observation, c'est-à-dire lors de la sécheresse de la membrane pituitaire, au moment où il y a plutôt des furfures que des croûtes.

5° Cette malade, pendant tout ce traitement, fut soumise à un régime alimentaire particulier : des herbacés, des fruits et des croûtes grillées et rôties, et s'y soumit si bien et si complétement, qu'il n'est pas resté trace de l'affection, et qu'elle ne s'est plus reproduite.

Quant à la seconde observation, elle a pour sujet un jeune homme d'environ vingt-cinq ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, portant une dartre squammeuse humide, tellement grave et ancienne, qu'elle a modifié la texture de la peau. Les points malades sont, en effet, hypertrophiés, et se limitent brusquement, comme le ferait une dartre furfuracée arrondie.

Or, il faut dire en passant que, dans le midi de la France, les différentes espèces de dartres ne sont pas aussi distinctes que dans le Nord ; de sorte que la confusion qu'on observe dans leurs caractères donne complétement raison à mon illustre maître, lorsque, avant toute chose, il avait fait un groupe spécial de ces maladies; tandis qu'ici Willan a doublement tort, et parce qu'il sépare des maladies qui doivent être unies en pathologie comme en thérapeutique, et parce qu'elles se trouvent de plus confondues dans leurs caractères anatomiques.

Dans ce cas, comme dans le précédent, et pour remplir les mêmes indications, avec les modifications qu'exigeait la différence de constitution du malade, je conseillai, pour fluidifier le sang et favoriser l'absorption et les sécrétions :

1° Un régime alimentaire herbacé, frugal et lacté; quelquefois un peu de poisson bouilli, et rarement des viandes blanches de poulet et d'agneau, si l'estomac, habitué à une tout autre nourriture, supportait mal une telle alimentation.

2° Pour boisson, uniquement de l'eau pendant les repas et hors des repas; après les digestions, une tisane ou boisson quelconque, pendant le premier mois avec 6 ou 8 grammes d'azotate de potasse par litre de liquide, et plus tard avec 4 ou 6 grammes de carbonate d'ammoniaque.

3° Pendant deux mois, et régulièrement, sauf des circonstances imprévues, une purgation trois fois par semaine.

4° Enfin, soir et matin, des bains locaux, ou des lotions d'eau pure froide ; et les jours où le malade ne se purgeait pas, des bains entiers frais et puis froids, d'abord avec de l'eau pure, et ensuite en ajoutant à cette eau une ou deux livres de sel de cuisine; même, plus tard, des bains de mer.

5° En même temps, et pendant les deux premiers mois de ce traitement, on oindra les parties dartreuses avec le liniment suivant, et cela, immédiatement après les lotions ou les bains.

Pr. Alun. . . . . 10 grammes.

Faites dissoudre dans :

Eau. . . . . 50 grammes.

Ajoutez :

Huile d'amandes douces. . . 60 grammes.
Créosote. . . . . 2 grammes.
Laudanum de Sydenham. . 4 grammes.

Mêler et agiter toutes les fois qu'on voudra s'en servir.

6° Lorsqu'on se sera bien assuré que la maladie de la peau ne peut plus s'exalter dans son irritabilité, on remplacera ce liniment par une pommade au goudron, par exemple, comme celle-ci, dont je me suis souvent fort bien trouvé ; aussi je crois en devoir donner la formule :

Pr. Axonge. . . . . . . 35 grammes.
Goudron . . . . . . 10 grammes.
Alun. . . . . 5 grammes.

Mêlez.

C'est surtout dans les dartres squammeuses humides du cuir chevelu ou dans les porrigos que cette addition nous a semblé être plus particulièrement utile ; je ne manque même jamais de l'employer, quand la pommade au goudron me paraît devenir insuffisante pour exciter la contractilité des tissus, et par suite la résolution.

Mais pour revenir à la consultation dont il s'agit et aux cas auxquels elle s'adressa, je dois ajouter que lorsque la résolution est obtenue, il ne faut pas cesser tout à coup le régime alimentaire modificateur et la médication éliminatrice. En pareil cas, j'ai vu le mal se reproduire très-rapidement, et notamment sur un malade qui voulut se dédommager des longues privations de son régime. Il convient d'en-

tretenir quelque temps encore des éliminations, soit en continuant le même régime, soit en administrant des purgatifs ou des diurétiques; tandis qu'il est toujours prudent de renouveler cette médication diacrétique à chaque printemps et à chaque automne, pendant un mois ou au moins quinze jours, pour prévenir ainsi par ce traitement métasyncritique, entier et complet, le retour de l'affection.

Aussi, de ces faits de comparaison des divers moyens exigés dans telles ou telles conditions de la maladie, ne peut-on conclure qu'une chose : c'est que ces divers moyens agissent chacun par un degré particulier, puisque l'eau froide suffit souvent, et est surtout réclamée dans tous les cas où la sensibilité est trop excitée; tandis que, lorsque les degrés de cette même sensibilité s'abaissent, il faut, par des motifs inverses, élever ceux des excitants employés pour mettre en jeu la contractilité fibrillaire au moyen de laquelle doit s'opérer la résolution.

Maintenant, que le goudron, dans ces derniers cas surtout, soit un des meilleurs moyens à employer pour exciter cette contractilité médicatrice, qu'il s'accommode mieux qu'un autre à la manière de sentir des diverses constitutions pathologiques où peut se trouver la peau, personne moins que moi ne le contestera, puisque je fournis des faits qui attestent que différentes espèces de résineux agissent dans ces différentes maladies, et, plus encore, que le goudron lui-même peut convenir à presque toutes, pourvu qu'on fasse attention au moment où il doit et peut être employé.

Et comment en serait-il autrement? les eaux minérales elles-mêmes plient devant les phénomènes de cette sensibilité pathologique, et doivent être administrées aussi d'après les mêmes principes et les mêmes données pratiques. Le peu que nous avons dit le prouve suffisamment.

D'ailleurs, les faits ne l'impliqueraient-ils pas, que la raison ne pourrait le concevoir différemment. N'est-ce pas encore ici toujours la même force que l'on met en jeu? Une eau minérale étant donnée, n'est-elle pas un levier d'une force toujours identique? Par conséquent n'appartient-il pas surtout à la main qui dirige ce levier de mesurer la force qu'il a à employer suivant le poids qu'il s'agit de soulever ?

C'est pourquoi ces considérations démontreraient complétement, si déjà l'histoire de l'art ne le témoignait de la manière la plus évidente, que ce sont les médecins qui font les eaux, et non pas, comme on l'a cru un instant, la richesse chimique de ces mêmes eaux.

Grœfenberg et d'autres établissements hydrothérapiques l'ont prouvé sans réplique, quoique pourtant nous ne voulions pas dire que la richesse chimique d'une eau ne puisse être absolument pour rien dans la question, ni dans les problèmes thérapeutiques à résoudre. Non, nous

concevons parfaitement comment une plus grande force dans les mains du médecin pourra lui donner une plus grande puissance ; mais nous espérons aussi que l'on comprendra que plus sera grande cette force, plus elle sera difficile à manier, parce qu'elle peut être d'autant dangereuse.

Par conséquent, les heureux effets qu'on pourra en retirer dépendront toujours de la condition de savoir utiliser à propos cette force. Ce qui revient toujours à dire que toute la thérapeutique est dans l'opportunité du moyen, et qu'elle devra toujours être réglée sur l'état de la sensibilité et de la nutrition, tant locales que générales.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVEAU MODE OPÉRATOIRE POUR L'ABLATION DES TUMEURS SOUS-CUTANÉES MOBILES. (PROCÉDÉ DU NŒUD COULANT.)

Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Parmi les divers procédés au moyen desquels le chirurgien pratique l'ablation des tumeurs placées sous la peau, il en est un qui est habituellement aussi simple qu'expéditif, et qui consiste à fendre du même coup et par transfixion la tumeur et la peau ; puis, quand cette tumeur est un kyste, à saisir successivement chacune des moitiés de celui-ci avec une bonne pince, et à les extraire par une avulsion brusque. Ce procédé ne semble laisser que peu à désirer sous le rapport de la prestesse et de la netteté d'exécution ; mais il offre, dans l'application, quelques inconvénients réels. Souvent il arrive, et c'est ce que l'on observe particulièrement dans les loupes, que les parois du kyste, étant friables, se déchirent facilement, et, alors, le chirurgien est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois. Le procédé manque son effet, et perd tout ce qu'il a de brillant. Dans d'autres circonstances, l'arrachement brusque de la tumeur peut entraîner des désordres véritablement fâcheux. En effet, si, malgré la mobilité de son ensemble, la tumeur a contracté, par quelques-uns de ses points, des adhérences fortes, soit avec des aponévroses, soit avec le périoste, on peut déchirer ces dernières membranes, ou les décoller dans une étendue assez considérable pour qu'il résulte de cet accident quelques conséquences fâcheuses. Afin d'éviter ce danger, nous avons eu recours à un procédé opératoire que nous allons décrire. C'est un mode d'énucléation que nous appelons procédé du *nœud coulant*, et qui repose sur la combinaison suivante :

Il est bien convenu que ce procédé n'est applicable qu'à des tumeurs sous-cutanées mobiles.

Il comprend trois temps distincts :

1° Une incision ; 2° la pédiculisation de la tumeur, ou l'établissement du nœud coulant ; 3° la constriction expulsive qu'exerce ce dernier.

Premier temps.—Parmi les tumeurs sous-cutanées mobiles, il en est à la surface desquelles la peau n'est pas étroitement juxta-posée, elle y est même quelquefois tellement lâche qu'on peut facilement lui faire faire un pli à la surface de la tumeur, et diviser celui-ci sans intéresser aucunement les parois du kyste, si kyste il y a. Dans d'autres cas, et c'est souvent ce qu'on observe pour les loupes ou tannes, soit au cuir chevelu, soit à la face, la peau est si étroitement juxta-posée à la tumeur qu'il serait difficile de ne pas ouvrir la paroi du kyste, si l'on ne prenait pas quelque précaution particulière. Cette précaution consiste à faire, sur l'un des points où la peau est le moins tendue, une petite incision que l'on agrandit, soit après un décollement fait au moyen de la sonde cannelée, soit par l'introduction d'une branche de ciseaux boutonnée ou mousse. Cette incision est, du reste, proportionnée au volume de la tumeur, et d'une étendue suffisante pour que cette dernière puisse y passer librement ;

Deuxième temps.—Ou la tumeur présente un pédicule tout formé, ou elle est sessile; dans ce dernier cas, il faut la ramener à la condition de tumeur pédiculée. Pour ce faire, une pince à polypes, ou tout autre instrument à baguette, saisit la tumeur à travers la peau, de manière à la détacher en quelque sorte, des parties profondes, et fait subir aux téguments un pincement par suite duquel se forme un pli cutané qui renferme la tumeur. On passe alors, en deçà des branches de la pince, un cordonnet de soie bien lisse et enduit d'un corps glissant, savon, suif, mucilage de graines de lin, etc. On peut consacrer au même usage une corde à boyau. On peut encore former le pédicule en passant, circulairement à la base de la tumeur, sept à huit tours de fil sans aucun nœud ; puis, quand l'encoche du pédicule est bien formée grâce à ce procédé préliminaire, on met sur le lieu occupé par les tours de fil le lacet de soie, dont le glissement expulsif se fait très-bien ; si les tours de fil gênent la manœuvre, on les coupe, ou on les déroule successivement, puisqu'il n'y a pas de nœud. Le cordonnet est disposé alors de manière à représenter un nœud simple, sur les deux chefs duquel on exerce une forte traction, qui a pour effet de convertir la base du pli qui a été fait, en un pédicule plus ou moins volumineux, mais toujours arrondi.

Troisième temps.—Si, dans ces conditions, on enlève l'instrument

qui a servi à effectuer la pédiculisation de la tumeur, et si l'on continue à serrer le cordonnet, on remarque que la tumeur, bien soulevée et enveloppée dans un sac tégumentaire, serré à la gorge par un nœud non arrêté, dont on augmente la constriction d'une manière progressive, tend à s'échapper par l'ouverture faite dans le premier temps, et finit par s'énucléer d'une manière complète, et en quelque sorte par expression, *quâ data porta*, c'est-à-dire par l'ouverture faite au tégument.

Nous pouvons assurer que cette manœuvre réussit parfaitement bien, et, sur les deux malades qui y ont été soumis jusqu'à présent, elle n'a présenté aucune difficulté. Il y a plus, un kyste mélicérique du cuir chevelu, dont la paroi avait été ouverte contre notre intention, et qui avait laissé échapper une partie de son contenu, a pu être expulsé sans se vider.

On voit donc que cette méthode de l'énucléation *à tergo* est préférable, sous plusieurs rapports, à celle de l'arrachement proprement dit.

Des deux malades qui ont été soumis à ce mode opératoire, l'un portait un kyste sébacé, du volume d'une grosse noisette, siégeant sur la pommette gauche ; au bout de trois jours, ce malade a quitté l'hôpital, parfaitement guéri. Le second, qui est encore à l'hôpital, portait un kyste mélicérique, du volume d'une petite pomme, et siégeant exactement sur la ligne médiane, à la hauteur du point qui correspond à la fontanelle fronto-pariétale. — Voici, du reste, quelques détails sur ces deux malades. Le premier est un homme de vingt-huit à trente ans, qui portait depuis plusieurs années une petite tumeur indolente, siégeant sur la pommette gauche ; quoique cette tumeur fût d'un volume peu considérable (elle était grosse comme une noisette), sa position sur un point aussi culminant que l'est la région malaire donnait lieu à une difformité dont le malade désirait vivement être débarrassé. Nous portâmes pour diagnostic : kyste de la face. La tumeur était mobile, non adhérente, mais nullement pédiculée ; en sorte qu'un fil dont on aurait cherché à l'entourer du côté de sa face profonde, eût inévitablement glissé. Prenant alors une pince à polype, à branches plates, je saisis la peau à la base de la tumeur, de manière à soulever celle-ci et à la détacher en quelque sorte des parties profondes. Jetant alors un cordonnet de soie formant nœud simple, à la base du pli constitué par le pincement de la peau, je serrai ce nœud, de manière à déterminer la formation d'un pédicule circulaire. J'incisai la peau dans l'étendue suffisante pour la sortie du kyste, et alors, le nœud simple, de plus en plus serré, détermina l'expulsion de la tumeur, à la

manière d'un noyau de cerise. A l'ouverture de ce kyste, on reconnut une matière sébacée très-blanche, renfermée dans des enveloppes très-consistantes. Le pansement par occlusion fut alors pratiqué ; deux jours après, à la levée du petit appareil, on a trouvé la plaie de l'opération parfaitement cicatrisée, et, le troisième jour, le malade a quitté l'hôpital.

Le second malade est un homme de cinquante-quatre ans, maçon de son état, nommé Thomas (Jean-Baptiste), et demeurant route de Montreuil, 102. Cet homme entre à l'hôpital Saint-Antoine le 17 mars 1852. Il est placé au n° 6 de la salle Saint-François.

La tumeur, de la grosseur d'une petite pomme, était placée à la partie supérieure de la région frontale, très-exactement sur la ligne médiane, et dans la partie qui correspond à la fontanelle antérieure et supérieure.

Je ferai, à l'égard de ce siége, quelques remarques qui m'ont été inspirées à la fois et par les recherches anatomiques, et par les faits cliniques. Je dirai d'abord que je considère la région du cuir chevelu qui répond à la fontanelle antérieure et supérieure, celle qui répond à la fontanelle supérieure postérieure, et la bande tégumentaire de la largeur de deux doigts qui unit ces deux régions sur la ligne médiane, comme étant, sous le rapport du traumatisme soit chirurgical, soit accidentel, des régions que j'appellerai *dangereuses*. En effet, j'ai souvent remarqué que des plaies faites accidentellement ou des opérations de peu d'importance, pratiquées sur cette zone, étaient suivies, soit d'angioleucite, soit d'érysipèle, et ce qu'il y a de très-curieux, mais ce qui n'est pas encore confirmé par un assez grand nombre d'observations pour permettre une affirmation formelle à cet égard, c'est que le traumatisme à la région fontanellaire postérieure engendre surtout l'angioleucite, tandis qu'à la région antérieure, il donne plus particulièrement lieu à l'érysipèle.

Il est bien entendu que ces assertions ne sont données jusqu'à présent que comme des sujets d'étude pour le praticien, et non comme des affirmations positives et dogmatiques exprimant le résultat d'un grand nombre de faits.

Arrivons maintenant aux considérations anatomiques qui tendent à expliquer, non pas l'aptitude spéciale de tel point à produire l'angioleucite, et l'aptitude de tel autre à produire l'érysipèle, mais du moins à expliquer la gravité relative des lésions traumatiques dans les points indiqués. J'ai remarqué, et tous ceux qui ont injecté les lymphatiques de la tête ont dû faire la même remarque, que le réseau lymphatique du cuir chevelu n'est point uniformément disséminé sur

toute la surface du crâne. Le réseau sous-épidermique, qu'il faut bien distinguer du trajet intrà-cutané et du trajet sous-cutané des vaisseaux lymphatiques proprement dits, ce réseau se concentre sur une zone de deux travers de doigt de largeur, siégeant sur la ligne médiane, et ayant pour limite la région fontanellaire fronto-pariétale en avant, et la région fontanellaire occipito-pariétale en arrière. Il résulte de là que, sur quarante piqûres faites avec le tube à injections mercurielles, dans tout autre point que la zone indiquée, on obtiendra une ou deux réussites, tandis que sur vingt de ces piqûres faites sur la zone, quinze ou seize donneront un résultat. C'est pour ce motif que depuis longtemps j'ai donné le conseil, et j'ai suivi pour règle dans ma pratique de considérer comme lieu d'élection pour l'absorption médicamenteuse des agents qu'on applique sur le cuir chevelu, tels que l'onguent napolitain belladoné, la strychnine, etc., de choisir les régions qui viennent d'être indiquées comme donnant lieu à une absorption, et, par conséquent, à des effets beaucoup plus énergiques. Nous avons eu récemment une occasion nouvelle de vérifier l'exactitude de ces données, au sujet d'une paralysie du moteur oculaire commun, qui a complétement résisté à l'action des vésicatoires péri-orbitaires et des applications endermiques de strychnine, et qui n'a commencé de céder que quand on a dirigé l'application de la strychnine sur la région sincipitale.

La tumeur, dans le cas particulier, était mobile sous la peau, qui était parsemée de veinules donnant par places une teinte bleuâtre, surtout au sommet. La tumeur est opérée le 18 mars; une incision préalable, comprenant à peu près un tiers de la circonférence, est faite avec précaution; après quoi on étrangle la base de la tumeur avec une ligature très-forte faisant nœud simple, et dont on augmente progressivement la constriction, de manière à faire sortir, par énucléation, le kyste, dont les parois sont consistantes et de l'épaisseur d'un millimètre à peu près. On y trouve une matière moitié liquide, moitié concrète, boueuse, et représentant de la manière la plus exacte la substance qu'on peut appeler méliceérique. On fait le pansement par occlusion.

Le 20 mars, le malade a de la fièvre et croit avoir éprouvé quelques frissons. Cependant, il n'y a aucune tuméfaction notable, aucune rougeur érysipélateuse autour de la plaie; il y a un peu de prostration des forces. Eméto-cathartique, alcoolature d'aconit, 2 gr.; diète.

Le 21, la plaie suppure, il n'y a pas de douleur au niveau du point où se trouvait la ligature; mais la peau du front est très-sensible et paraît avoir une tendance érysipélateuse; il y a toujours un peu de

fièvre, la langue est chargée. Eau de Sedlitz, 3 pots limonade, 2 bains de pieds.

Il est à noter que ce malade, avant son entrée à l'hôpital, s'était livré à des travaux d'une insalubrité notoire. Ces antécédents défavorables, joints à une surexcitation très-vive du malade au moment de l'opération, peuvent rendre compte des accidents.

Le 22, l'érysipèle s'est déclaré au front ; le malade a toujours de la fièvre.

Le 23, l'érysipèle a envahi les joues ; nous remarquons que, dans toute la portion du cuir chevelu qui est recouverte par la cuirasse, il n'existe aucune trace d'érysipèle ; il y a moins de fièvre. 6 ventouses à la nuque, pédiluve, alcoolature.

Le 24, l'érysipèle a envahi presque toute la face, cependant il n'y a ni fièvre ni céphalalgie. La plaie est en bon état et marche vers la cicatrisation.

Le 27, le gonflement érysipélateux a de nouveau reparu sur le front, le cuir chevelu est œdématié et douloureux ; il y a du subdélirium. Eau de Sedlitz.

Le 28, l'érysipèle paraît s'être arrêté dans sa marche ; le malade va mieux.

Le 30, l'érysipèle est terminé ; la peau qui recouvrait le kyste adhère aux parties sous-jacentes dans presque toute son étendue. Le malade mange bien.

Le 1er avril, la plaie du front est complétement cicatrisée ; le malade sort guéri.

Le très-léger érysipèle dont ce malade a été atteint, et dont nous ne voyons presque jamais d'exemples chez les sujets soumis au pansement par occlusion, s'explique, et de reste, par la nature insalubre des travaux antécédents de cet homme. Il avait, pendant plusieurs semaines, été employé au nettoyage et au creusage d'un puits, en partie desséché, et dans lequel s'étaient putréfiées des matières animales et végétales. Il était, d'autre part, dans un état de surexcitation extraordinaire, ayant la parole saccadée et les allures des gens qui vont avoir le délire nerveux. Du reste, ces dispositions n'ont entraîné aucune suite fâcheuse. Mais l'apparition de l'érysipèle chez nos opérés est un fait tellement rare que, par cela même, et en raison de ce qu'il s'agit de l'application d'un procédé nouveau, il entrait dans nos devoirs comme dans nos intentions de ne laisser passer sous silence aucun des cas d'érysipèle observés dans notre service.

Nous saisirons l'occasion de ce procédé d'ablation des tumeurs pour en indiquer un autre que nous mettons quelquefois en usage quand il

s'agit d'enlever de petites tumeurs pédiculées, très-disposées à la récidive par leur nature. Il importe, dans les cas de ce genre, non-seulement de couper le pédicule dans sa racine, mais encore de faire subir à la portion de tégument qui le supporte une perte de substance qui mette plus sûrement à l'abri d'une récidive. Voici comment nous procédons : un ténaculum est implanté dans le pédicule de la tumeur, au ras de la peau ; en tirant sur ce ténaculum, il se forme un pli ; à la base de ce pli, nous faisons pénétrer une épingle à suture. Cela fait, le pédicule de la tumeur est bien tendu, et alors, d'un seul coup de bistouri ou de ciseau, nous exécutons la section entre le ténaculum et l'épingle. Celle-ci étant, comme nous l'avons dit, implantée dans la base du pli fait à distance du pédicule, il y a certitude d'une éradication complète. L'épingle devient, par l'emploi immédiat d'un point de suture entortillée, le moyen de réunion de la petite plaie.

Nous avons opéré ainsi un grand nombre de petites tumeurs, soit érectiles, soit verruqueuses, pédiculées ou non pédiculées. La récidive n'a pas eu lieu. CHASSAIGNAC.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA CIGUE ET LA CONICINE.

Depuis Stoërke, qui a surtout signalé les propriétés thérapeutiques de la ciguë, cette plante, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire dans ce recueil, a subi de nombreuses alternatives de vogue et de discrédit, que nous avons expliquées par le peu de certitude ou plutô l'irrégularité de son action.

Un travail important, exécuté en commun par un médecin et un pharmacien de Lyon, dont les noms sont des plus honorablement connus dans la science, MM. Devay et Guilliermond, vient de paraître. Ce travail, qui développe et complète ce que nous avons dit sur les phases médicales de la ciguë, apporte un élément nouveau qui, nous le croyons, fixera la thérapeutique de cette substance : c'est la substitution des fruits séminoïdes aux autres parties de la plante. Nous allons bientôt faire connaître le motif de cette préférence.

Le principe qui imprime à la ciguë sa puissance toxique et thérapeutique à la fois, a reçu les noms de *cicutine*, *conéine* et *conicine*, dernier nom généralement adopté aujourd'hui. C'est un alcaloïde volatil, d'une odeur extrêmement pénétrante, piquante, désagréable et rappelant celle de souris ; elle est facilement décomposable par la chaleur; sa consistance est oléagineuse. Ces diverses propriétés la rapprochent,

comme on le voit, de la nicotine. Mais un caractère facile à constater et qui la distingue de cette dernière, c'est qu'agitée avec de l'eau elle revient à la surface, tandis que la nicotine se dissout à l'instant même dans ce liquide.

La volatilité de la conicine, son altérabilité par le temps ou la chaleur sont telles pour les expérimentateurs lyonnais, qu'ils n'hésitent pas à proposer l'abandon, soit de la ciguë elle-même si elle n'est pas récente, soit de toutes celles de ses formes pharmaceutiques préparées à l'aide du feu, ou dans lesquelles la conicine est susceptible de se détruire. Nous croyons que c'est aller bien loin. Les extraits de ciguë *préparés avec soin*, et en particulier dans le vide, rendent des services journaliers. Nous avons pu constater, en le broyant avec de la potasse, la présence de la conicine dans un extrait hydralcoolique préparé depuis plusieurs années. Mais, nonobstant, reconnaissant que les préparations cicutiques de ce genre sont souvent inertes, nous pensons avec eux qu'il est important de sortir d'un tel état de choses.

L'alcoolature de ciguë, c'est-à-dire la teinture préparée avec la plante fraîche, est un fort beau produit. Mais, préparé avec les parties de la ciguë peu riches en conicine, ou tout au moins la contenant en proportion fort variable, il peut encore présenter de l'insuffisance et de l'irrégularité dans son action. Que faire alors ? employer la conicine elle-même ? Mais la préparation de cet alcaloïde est difficile ; il s'altère promptement au contact de l'air et de la lumière ; son dosage offrirait de graves inconvénients.

Il est un organe de la plante qui nous occupe, dans lequel son principe actif se trouve en quantité plus forte, plus régulière, et dans des conditions de conservation plus grandes qu'en aucun autre : cet organe est le fruit. C'est au moment de son entier développement, alors que la plante entre en floraison, qu'elle contient la plus forte proportion de conicine, et que ce principe est le mieux élaboré. Plus tard il disparaît et vient se fixer sur le séminoïde, où il se concentre en grande quantité. C'est dans le séminoïde que l'on va le chercher pour l'extraire ; c'est dans le séminoïde qu'il faut l'aller chercher pour l'usage médical.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES ; FORMULES.

« Ayant constaté, disent les auteurs du Mémoire, soit par l'expérience, soit par le raisonnement, que les fruits de ciguë (*akène*) doivent désormais remplacer toutes les préparations de cette plante employées en médecine, il nous reste à faire connaître le parti que nous en avons tiré. Il est, d'abord de la plus grande importance

que les fruits de ciguë qu'on emploiera soient bien ceux de la grande ciguë, et qu'ils ne soient point mélangés avec d'autres de la famille des ombellifères. Voici leurs caractères : ils sont presque globuleux, relevés de cinq côtes crénélées.

« Quand les fruits sont divisés, les côtes se replient en forme de croissant. Ils n'ont pas, comme la plupart des autres ombellifères, une odeur aromatique particulière ; celle-ci paraît être couverte par celle de la conicine. L'héthuse (*æthusa cynapium*), la phellandrie, l'anis, etc., ont des fruits qui physiquement ont beaucoup de rapports avec ceux de la ciguë ; mais quand on pulvérise ces derniers, l'odeur caractéristique qui s'en développe suffit pour les faire reconnaître. Une autre précaution à prendre consiste à avoir égard au temps où l'on doit récolter ces fruits. Ceux qui ont servi à nos expériences et à nos préparations étaient parvenus à l'ultimatum de leur maturité. C'est alors qu'il convient de les récolter pour l'usage de la médecine, parce qu'à ce moment ils sont isolés pour ainsi dire de la plante qui les a produits ; le principe actif réside alors en eux dans un véritable état de concentration et de fixité.

1° FORMULES POUR L'USAGE INTERNE.

« Les fruits de la ciguë n'ont pas besoin de subir des transformations pharmaceutiques très-compliquées ; ils sont assez actifs par eux-mêmes pour pouvoir être employés en nature. Une simple manipulation nous a paru nécessaire pour en faciliter l'usage ; c'est de les réduire en poudre et d'en former des pilules qui, recouvertes d'une enveloppe de sucre, doivent se conserver indéfiniment. Nous avons jugé à propos d'avoir des pilules de deux degrés de force, et nous les formulons comme il suit :

« *Pilules cicutées.* — Pilules n° 1 : prenez 1 gramme de fruits de ciguë récemment pulvérisés ; faites, avec une quantité suffisante de sucre et de sirop, une masse que vous divisez en 100 pilules, que vous recouvrez de sucre, à la manière des dragées, et qui sont du poids de 10 centigrammes. Ce numéro doit convenir aux personnes qui ne sont point habituées encore au médicament et qui sont d'un tempérament délicat. On commence par 2 pilules le premier jour, et l'on va progressivement jusqu'à 10, 15, 20, en augmentant d'une chaque jour. Alors il devient plus commode d'employer les pilules n° 2.

« *Pilules* n° 2 : prenez 5 grammes de fruits de ciguë récemment pulvérisés ; incorporez-les avec quantité suffisante de gomme et de sucre pour faire une masse qu'on divisera en 100 pilules, et qu'on couvrira d'une enveloppe de sucre. Chaque pilule pèsera 25 centigrammes.

« Nous compléterons la série des médicaments internes par la formule d'un *sirop de conicine*, qui offrira la plus grande utilité au praticien :

« Epuisez 10 grammes de fruits de ciguë par de l'alcool à 28°, soit 60 grammes, pour former une teinture que vous ajouterez dans 3,000 grammes de sirop aromatisé *ad libitum*.

« 30 grammes de ce sirop représentent 1 décigramme de fruits de ciguë, ou 1 milligramme de conicine. Une cuillerée à bouche étant l'équivalent de 30 grammes de sirop, le malade qui prend une pilule du n° 2 pourra prendre une demi-cuillerée à bouche de notre sirop (1).

2° FORMULES POUR L'USAGE EXTERNE.

« *Baume de conicine.* — Le procédé que nous suivons pour préparer le baume de conicine nous autorise à lui donner ce nom. C'est, en effet, une véritable dissolution, dans la graisse, de la conicine dégagée des principes qui la retenaient dans sa combinaison naturelle, et aussi pure que les procédés que nous avons proposés pour l'extraire peuvent nous le permettre.

« Ainsi, après avoir épuisé les fruits de ciguë par l'alcool, et après en avoir séparé autant que possible la conicine au moyen de l'éther et de la potasse caustique, en s'astreignant aux précautions indiquées plus bas, nous prenons : éther cicuté, provenant, par exemple, de l'épuisement de 100 grammes de fruits de ciguë, et 200 grammes d'axonge récente bien lavée. Nous commençons par faire évaporer l'éther cicuté à l'air libre, c'est-à-dire en le versant peu à peu dans une assiette, et aussitôt que la plus grande partie de celui-ci aura été éliminée, et que la conicine commencera à paraître sur l'assiette sous forme de petites gouttelettes jaunes se séparant du reste du véhicule, on y incorpore l'axonge peu à peu, en remuant continuellement pour faire évaporer le reste de l'éther. On aura ainsi un baume de conicine qui sera très-actif, et dont l'emploi sera fort commode.

« Voici comment nous avons préparé l'éther cicuté :

« Nous avons fait évaporer en consistance de sirop la teinture alcoolique provenant de l'épuisement complet de 100 grammes de fruits de ciguë, et nous l'avons reprise par une petite quantité d'eau. Celle-ci a laissé indissoute une huile verte très-épaisse, soluble entièrement dans l'éther, et dont la quantité s'est élevée au poids de

(1) D'après nos recherches, voici la quantité proportionnelle de conicine que renferment les médicaments internes que nous venons de formuler : 1 gramme de poudre de fruits donne 1 centigramme de conicine ; 1 décigramme donne 1 milligramme de conicine ; 5 centigrammes (poids de nos pilules) donnent 1/2 milligramme.

30 grammes. Après avoir séparé cette huile verte, si on lave avec de l'éther le produit des évaporations alcooliques, on en retire encore une substance résineuse jaune qui n'a pas d'action sur le papier de tournesol, et qui a une forte odeur *sui generis*, différente de celle que répand la conicine.

« Après avoir fait subir aux eaux-mères de l'extrait alcoolique ce traitement préalable, nous les avons introduites dans un flacon d'une capacité trois fois supérieure à leur volume, et nous les avons traitées par une dissolution concentrée de potasse caustique, et successivement par l'éther sulfurique rectifié. Aussitôt après l'addition de la potasse, une odeur très-prononcée de conicine s'est manifestée dans le mélange, et l'éther a pris une forte réaction alcaline. Nous avons laissé le même éther (20 grammes environ) en rapport avec le mélange pendant douze heures, en agitant très-souvent. Enfin on l'a décanté et remplacé par de l'éther nouveau, et nous avons continué ainsi jusqu'à ce que l'éther fût devenu presque insensible au papier de tournesol. Nous avons remarqué que les 20 grammes d'éther mis en premier lieu s'étaient chargés de presque toute la partie alcaline. 100 grammes d'éther bien rectifié ont suffi pour épuiser presque entièrement de son alcaloïde, le mélange extractif et alcalinisé provenant des 100 grammes de fruits de ciguë.

Liqueur de conicine pour injections :

Alcoolé de fruits de ciguë.........	100 grammes.
Eau de chaux..................	900 grammes.

Filtrez au bout de quelques instants.

« Dans cette préparation, nous avons cru devoir employer l'eau de chaux à la place de l'eau ordinaire. Nous avons dit ailleurs que l'alcoolé de ciguë ne répandait pas l'odeur de la conicine, mais quand on lui adjoint l'eau de chaux, cette odeur se développe à l'instant à un haut degré ; la conicine est dégagée par la chaux de sa combinaison saline, et reste à l'état libre en dissolution dans l'eau. »

MM. Devay et Guilliermond qui, dans leur travail, ont mis tant de justesse dans leurs déductions, en ont manqué, selon nous, en dénommant sirop, injection, etc., de *conicine*, des préparations de séminoïdes de ciguë. Ce n'est, comme on le voit, qu'une affaire de forme, mais affaire de forme qui peut donner une idée fausse des choses, en un mot, induire en erreur, ce qu'il est fort important d'éviter en fait de matière médicale.

Nous ne nous sommes occupé que de la partie pharmacologique du travail de MM. Devay et Guilliermond. Le *Bulletin de Thérapeutique* donnera bientôt une appréciation de la partie médicale.

DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS DU FOIE, PAR LES EAUX DE VICHY.

Un des médecins les plus distingués des départements, M. le docteur Padioleau, de Nantes, a soulevé récemment, sous forme d'interrogation, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, des questions pratiques d'une haute importance, relativement à l'action des eaux de Vichy dans les engorgements du foie. Nous venons répondre à cet appel, non avec la prétention de résoudre toutes les questions posées par notre savant confrère, mais avec l'espérance d'être utile en exposant les résultats de notre expérience personnelle sur ce sujet. Ce sera d'ailleurs répondre à l'appel que M. Debout a bien voulu nous adresser, dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique*.

Voici d'abord, en quelques mots, quel a été le sujet de la communication de M. Padioleau.

Une demoiselle, parvenue à l'âge critique, portait un engorgement considérable du foie, que l'on considérait comme s'étant développé sous l'influence de troubles importants de l'organe central de la circulation (dyspnée, pouls fréquent et irrégulier, bruit de souffle et de râpe au cœur). Cette affection du cœur paraissait elle-même consécutive à un état rhumatoïde ancien. Il avait existé, à plusieurs reprises, dans les hypocondres et dans la région abdominale, de vives douleurs, dont la liaison avec l'engorgement du foie n'est pas recherchée dans l'observation. En outre, il était survenu, depuis deux ans, une anasarque considérable, que l'on avait attribuée plutôt à la maladie du cœur qu'à celle du foie ; car la première ayant paru céder, au moins les troubles fonctionnels par lesquels elle se manifestait, à un traitement approprié (sirop de digitale, teinture de mûre tartarisée), l'anasarque disparut et la santé générale revint en grande partie, tandis que l'engorgement du foie persistait au même degré. Ce fut dans l'espoir d'obtenir la disparition de cet engorgement que la malade fut envoyée à Vichy, l'an dernier. Mais, après un court séjour dans cet établissement thermal, l'anasarque reparut, et Mlle *** fut obligée d'abandonner le traitement.

Il y a eu ceci de remarquable, que M. Bretonneau, consulté par cette malade, avait déconseillé les eaux de Vichy, ces eaux ne convenant en aucune manière aux malades disposés à l'infiltration; tandis que le médecin de Vichy qui fut chargé de lui donner des soins avait, au contraire, manifesté la persuasion que les eaux convenaient parfaitement dans ce cas.

En présence d'une telle divergence d'opinions, et de ce résultat qui semblait donner gain de cause au praticien le moins familier avec les eaux de Vichy, M. Padioleau exprime l'embarras où l'on doit rester en face des indications qui peuvent réclamer l'emploi des eaux de Vichy dans les maladies du foie, et émet le vœu que ces indications soient nettement précisées.

L'étude succincte de ces indications fera l'objet d'une partie de ce travail : dans l'autre, nous essayerons de rectifier quelques idées peu exactes que la plupart des praticiens se font sur le traitement thermal de Vichy, sur les ressources qu'il offre et les moyens qu'il emploie. On saisira facilement le lien qui rapproche ces deux sujets, au point de vue qu'a soulevé M. Padioleau.

Parmi les maladies du foie auxquelles, dans la pratique, peut s'appliquer la dénomination très-vague d'engorgement, il en est un certain nombre où l'altération de cet organe est constituée par la production d'éléments nouveaux ou par la dégénérescence des éléments du foie, par exemple, cancer, tubercule, tissu fibreux, hydatides, etc. Le traitement thermal de Vichy n'a rien à faire dans les cas de ce genre : son moindre inconvénient serait de demeurer complétement impuissant contre de telles altérations.

Mais il est des engorgements du foie qui paraissent uniquement constitués par l'augmentation de volume de cet organe, peut-être par la prédominance de l'élément celluleux. Ce sont les engorgements simples, ou proprement dits du foie. Leurs conditions anatomiques sont fort peu connues ; car, ne constituant pas, en général, une maladie dangereuse par elle-même, il est très-rare que l'occasion se présente de les étudier sur le cadavre. D'un autre côté, la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, il y a deux ans, sur les engorgements de l'utérus, a montré combien il était difficile de se faire une idée précise de l'origine et de la nature de semblables altérations.

Cette incertitude dans la pathogénie des engorgements du foie ne nous empêchera pas d'établir la proposition suivante : que dans tous les engorgements simples du foie, c'est-à-dire, dans lesquels on n'aura constaté l'existence d'aucun élément organique nouveau, cancéreux, tuberculeux, fibreux, hydatique, le traitement thermal de Vichy est indiqué. Le cadre de cette note s'oppose à ce que nous nous occupions, en ce moment, du mode d'action des eaux de Vichy dans le traitement de ces engorgements, et de la raison pour laquelle cet état pathologique rentre parmi ceux auxquels cette thérapeutique convient le mieux.

Parmi ces engorgements, il y a cependant des distinctions à faire :

tous ne se résolvent pas avec la même facilité. Il est également des contre-indications dont il faut tenir compte.

Arrêtons-nous successivement sur chacun de ces sujets.

Les engorgements simples du foie doivent être considérés sous plusieurs points de vue : leur mode de développement, leur durée, leur forme.

Sous le rapport du mode de développement, on peut les diviser en deux classes : les uns se forment lentement, graduellement, souvent sans symptômes autres que certains troubles fonctionnels qui se rapportent plus spécialement aux fonctions digestives ; quelquefois c'est à la suite de fièvres intermittentes. Il semble que la maladie ait été chronique dès le principe, et il est souvent impossible de fixer l'époque de son début.

Les autres engorgements succèdent à des accidents aigus, douleurs, vomissements bilieux, fièvre dans la plupart des cas ; il s'agit ici d'hépatites aiguës plus ou moins franches. M. Monneret a publié, en 1849, dans le Journal de médecine, des observations relatives à l'hépatite aiguë de nos climats, et qui répondent à ce premier degré de la maladie. Nous-même avons fait, à la Salpêtrière, un grand nombre d'observations anatomo-pathologiques sur les traces que ces hépatites laissent sur le cadavre. Nous les publierons prochainement.

Nous avons cherché à reconnaître si ces deux modes de développement que nous venons de signaler pour les engorgements du foie entraînaient quelques différences dans les résultats du traitement thermal, et il nous a semblé que les engorgements, chroniques dès leur première apparition, cédaient plus rapidement et plus complétement que ceux qui avaient été accompagnés d'abord d'accidents aigus. Nous nous contentons d'émettre cette proposition sous forme de doute : elle ne comporte aucune contre-indication ; mais seulement, si les faits que nous avons observés doivent être généralisés, un traitement moins long est moins difficile dans certains cas que dans d'autres.

Les engorgements du foie disparaissent, en général, d'autant plus facilement par le traitement thermal de Vichy, qu'ils sont moins anciens. Cette remarque n'est peut-être pas aussi banale qu'elle peut le paraître au premier abord : en effet, dans un ordre pathologique différent, dans ces affections de l'appareil digestif, plutôt fonctionnelles, en apparence, qu'organiques, qui méritent le nom de *dyspepsie*, une courte durée ne paraît pas une condition aussi importante pour l'efficacité du traitement thermal, et nous avons vu plus d'une fois ce dernier produire, au bout de plusieurs années de maladie, des effets plus prompts et plus marqués qu'on ne s'attend généralement à en observer dans des affections aussi anciennes.

La forme des engorgements du foie doit être encore prise en considération. Il y a de ces engorgements qui occupent l'organe tout entier : celui-ci a conservé sa forme, mais paraît accru dans toutes ses dimensions. D'autres sont limités à tout un lobe, le droit ou le gauche, ou encore à l'endroit qui réunit les deux lobes. Ce point répond au lobe de Spigel, mais nous ne saurions dire si c'est ce dernier qui est spécialement affecté. Dans ces cas encore, la forme de la partie engorgée est bien conservée. Mais il y a des engorgements du foie qui sont partiels, et qui déforment cet organe d'une manière plus ou moins prononcée : siégeant presque toujours dans le lobe droit, ils s'allongent, soit directement en bas, soit dans le sens de la grosse extrémité, quelquefois en pointe, d'autres fois sous une forme plus arrondie, presque toujours assez durs, et faciles à limiter et à détacher en quelque sorte par leur extrémité libre. Nous ne saurions dire exactement en quoi ces engorgements diffèrent des engorgements plus diffus que nous avons signalés d'abord. Presque toujours leur apparition a été graduelle, et quelquefois latente pour un certain temps. Dans aucun des cas auxquels nous faisons allusion, il n'a été permis de soupçonner, par l'examen local, quelqu'une des dégénérescences que nous avons éliminées tout à l'heure du terrain de notre observation.

Maintenant, il faut savoir qu'il est incomparablement plus difficile d'obtenir la résolution de ces engorgements partiels et avec déformation du foie, que des engorgements généraux ou occupant un lobe tout entier. Nous avons vu plusieurs fois alors survenir, à la suite du traitement thermal, une amélioration importante dans la santé générale, sans que l'engorgement lui-même eût subi aucun changement, ou seulement un retrait peu prononcé.

L'engorgement simple du foie paraît donc, dans tous les cas, réclamer les eaux de Vichy, seulement avec des chances plus ou moins grandes de céder directement et rapidement au traitement employé.

Mais il peut se rencontrer aussi des contre-indications : rarement du côté du foie. Cependant, il ne faut pas méconnaître que, si l'ancienneté d'un engorgement est une mauvaise condition pour l'efficacité du traitement, une date trop récente pourra fournir une contre-indication formelle, s'il existe encore des phénomènes inflammatoires. Il n'est guère de praticien qui ignore ce fait. Quant à l'époque précise où le traitement thermal devient utilement applicable, il est plus facile de la saisir, si l'on est doué de quelque habitude de l'observation, que de la soumettre à des règles tracées d'avance. Nous ferons seulement remarquer que la sensibilité du foie à la pression n'est nullement une contre-indication à l'emploi du traitement thermal. Mais nous ajou-

terons que toutes ces considérations diverses, date ancienne ou récente, proximité d'un début à marche aiguë, persistance de la sensibilité à la pression, imposent des modifications dans le mode d'emploi des eaux de Vichy ; c'est ce dont nous nous occuperons dans la seconde partie de ce travail. Nous ne rangerons pas ici l'existence d'un abcès dans le foie parmi les contre-indications, parce qu'alors il ne s'agit plus d'un engorgement simple. Mais il arrive parfois que de semblables abcès, méconnus, se trouvent soumis au traitement thermal. Nous avons observé un cas de ce genre l'an dernier, à Vichy. M. Prunelle nous a raconté d'autres exemples semblables. Nous devons dire que le traitement n'a pas paru avoir exercé d'action nuisible dans ces sortes de cas.

Ce sont surtout les conditions générales de l'économie que nous devons étudier, sous le rapport des contre-indications au traitement thermal de Vichy, dans l'engorgement du foie.

Arrêtons-nous spécialement sur l'anasarque. On se rappelle que c'est la réapparition d'une anasarque qui avait forcé d'abandonner le traitement thermal, dans l'observation de M. Padioleau. M. Bretonneau avait trouvé, dans la préexistence de cette anasarque, une contre-indication aux eaux de Vichy, opinion que, de son côté, le médecin de Vichy n'avait pas partagée.

Expliquons-nous sur la portée d'une telle circonstance.

Une anasarque peut être la conséquence de l'engorgement du foie lui-même. On le reconnaît au siége et au mode de développement de l'anasarque, et aussi à l'absence de toute autre cause d'hydropisie. Ceci s'observe du reste assez rarement. Il est rare qu'un engorgement simple du foie occasionne une hydropisie déterminée. Cependant nous en avons observé des exemples. Une telle anasarque n'est nullement une contre-indication à l'emploi des eaux de Vichy : l'hydropisie suit alors une marche correspondante à celle de l'affection dont elle est symptomatique.

Cependant M. Bretonneau avait certainement raison lorsqu'il disait que les eaux de Vichy ne conviennent pas aux malades disposés à l'infiltration. Mais c'est que, dans le plus grand nombre des cas, les hydropisies sont dépendantes ou d'une affection du cœur, ou d'un état particulier du sang, deux conditions qui contre-indiquent, d'une manière générale, les eaux de Vichy.

Il est vrai qu'un médecin de Vichy (1) prétend guérir les maladies organiques du cœur, pour peu qu'elles tiennent à un vice rhumatismal

(1) Victor Nicolas, *Aperçu pratique sur l'utilité des alcalins, et surtout des eaux minérales de Vichy, contre certaines maladies organiques du cœur*, Vichy, 1851.

ou goutteux et qu'elles ne soient pas trop anciennes, avec les eaux de Vichy, et dissoudre, mais dissoudre à la lettre, grâce à la situation exceptionnelle du cœur, qui force tout le bicarbonate de soude introduit dans l'économie à le traverser, soit ces caillots qui, par leur formation spontanée dans le cœur, peuvent devenir la cause d'accidents formidables et de mort rapide, soit « l'hypertrophie simple ou complexe du cœur, l'induration et l'épaississement des valvules, le rétrécissement des orifices, lorsque ces affections sont à la deuxième période de leur marche chronique.... » Mais, malgré la confiance particulière que peut nous inspirer cet honorable confrère, nous croyons prudent de regarder, jusqu'à nouvel ordre, des résultats aussi merveilleux, comme non avenus, et de considérer, d'une manière générale, les maladies organiques du cœur comme une contre-indication au traitement thermal de Vichy.

Nous en dirons autant des anasarques dépendant d'une altération du sang, de la prédominance de l'élément séreux, de la diminution de l'albumine, de ces diathèses séreuses, enfin, que l'on voit parfois se développer sous l'influence de certaines cachexies. Dans les cas de ce genre, il est difficile de songer à un traitement dans lequel dominent les sels alcalins. Devons-nous faire une réserve pour la maladie de Bright, contre laquelle le traitement de Vichy a été essayé, sans succès à notre connaissance? DURAND-FARDEL.

(*La fin à un prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie; par le docteur TH. HERPIN, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien vice-président de la Faculté de médecine et du Conseil de santé de Genève, etc., etc., ouvrage couronné par l'Institut. Un volume in-8. Paris, 1852, chez J.-B. Baillière.

C'est pure modestie de la part de M. Herpin s'il n'a pas mis en tête de son livre : Traité de l'épilepsie ; car son livre est une histoire complète de cette maladie, telle qu'on comprend de nos jours les monographies, c'est-à-dire fondée sur l'observation de faits nombreux et recueillis avec soin. Mais ce qui donne un grand intérêt à cet ouvrage, c'est que l'auteur n'est pas resté au point de vue stérile de l'observateur, du monographe. Il ne s'est pas contenté de tracer une bonne description de la maladie, d'en rechercher attentivement les causes, de la séparer dans ses diverses formes des maladies diverses avec lesquelles elle présente des points de contact : son ambition a été plus

grande, et les conséquences de la publication de son livre seront, il faut l'espérer, plus satisfaisantes que celles de tant de traités écrits même de nos jours sur cette cruelle maladie. M. Herpin prend la parole pour démontrer, par la pure analyse des faits, la curabilité de l'épilepsie, pour établir que dorénavant la guérison de cette affection ne sera, dans la grande majorité des cas, qu'une question d'opportunité et de volonté soutenues, de la part du malade et de son médecin. Le livre de M. Herpin est donc un de ces livres consolants comme en enfante rarement la littérature médicale contemporaine, plus riche, on le sait, en considérations d'anatomie pathologique et de pathologie, qu'en détails pronostiques et thérapeutiques, plus attentive à poursuivre, le scalpel à la main, la concordance des symptômes et des lésions, qu'à obtenir, par une thérapeutique bien ordonnée et bien conduite, la disparition de ces lésions et de ces symptômes.

A nos yeux la question culminante est bien certainement celle du traitement de l'épilepsie, et notre premier coup d'œil a été pour le chapitre consacré par M. Herpin à la thérapeutique de la maladie. Comme nous nous proposons d'y revenir dans notre prochain numéro, et d'exposer en détail les résultats obtenus par notre honorable confrère, qu'il nous suffise de dire que M. Herpin explique l'incrédulité générale et l'apathie profonde des médecins au sujet du traitement de l'épilepsie, par ce fait que la maladie a été étudiée surtout dans les hôpitaux, et sur des sujets chez lesquels l'affection était ancienne et invétérée, d'où il conclut que pour obtenir la guérison il faut agir à une époque rapprochée du début (et cette guérison elle-même ne s'obtient le plus souvent, et surtout n'est durable, qu'à l'aide d'une grande exactitude et d'une longue persévérance de la part du médecin et du patient); qu'il nous suffise de dire, en outre, que d'après l'expérience de M. Herpin, le sélin des marais, l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre ammoniacal et la valériane, constituent les moyens sur lesquels on peut compter le plus pour la guérison de l'épilepsie. Nous exprimerons seulement un regret, c'est que M. Herpin, par suite sans doute de l'état d'imperfection de la science, n'ait pas pu faire sortir ces traitements du domaine de l'empirisme, qu'il n'ait pas pù formuler d'une manière plus précise les indications de chacun de ces moyens. Mais, nous le répétons, nous ne voulons pas entrer actuellement dans plus de détails sur cette partie intéressante du livre de M. Herpin, parce qu'elle nous fournira très-incessamment l'occasion de traiter des moyens à employer dans la curation de l'épilepsie.

Pour le moment, nous payons à M. Herpin un juste tribut d'hommages pour son étude minutieuse des causes de l'épilepsie, pour sa

description de la maladie dans sa marche et dans ses formes les plus variées, dans des formes qui sont certainement à peine connues et appréciées des médecins, bien qu'elles méritent de se ranger sous le même titre, et qu'on puisse établir par l'analyse leur filiation graduelle avec l'affection la mieux développée ; nous signalons encore son chapitre sur le pronostic, comme un modèle de critique et d'analyse.

Sans entrer dans de grands détails à cet égard, détails que ne comporte pas du reste la nature de ce journal, mentionnons ici quelques-uns des faits et des résultats généraux parfaitement établis par M. Herpin : l'hérédité de l'épilepsie mise hors de doute conformément à l'opinion la plus accréditée ; l'influence d'une petite taille et d'un retard marqué du développement général sur la production de la maladie ; la rareté de l'épilepsie congéniale ; sa fréquence, au contraire, dans le premier, le troisième et le quatrième lustre ; sa rareté dans la seconde moitié de la vie, contrastant avec une recrudescence depuis soixante-dix ans ; l'influence marquée de la puberté dans les deux sexes ; l'influence fâcheuse du célibat chez les femmes, etc.; la détermination de la fréquence et de la succession des accès que l'auteur montre soumis à une espèce de régularité ; la description remarquable de la maladie dans ses attaques, dans ses accès, dans ses vertiges, avec une appréciation de chacun des symptômes principaux qui la composent (nous signalons, à ce sujet, la discussion relative à l'*aura epileptica*, dont l'auteur met hors de doute la nature convulsive) ; la rareté de la guérison de l'épilepsie par les seuls efforts de la nature, qui ne peut pas être évaluée même à 1/20 des cas ; la possibilité, au contraire, pour la médecine d'intervenir utilement chez les 3/4 des malades, d'en guérir plus de la moitié, et de procurer une amélioration plus ou moins durable dans 1/5 des cas, tandis que le nombre des épilepsies rebelles au traitement dirigé avec persévérance est de 1/4 seulement.

Nous nous arrêtons ici : nous en avons assez dit pour faire comprendre que l'ouvrage de M. Herpin est une œuvre sérieuse, à base solide et durable, et surtout une œuvre utile. Nous disons plus, c'est que par la manière dont il a traité ce sujet, il a en quelque sorte rajeuni l'histoire d'une maladie sur laquelle on a beaucoup écrit, sans doute, mais jamais rien qui présentât à un aussi haut degré le caractère à la fois utile et scientifique. Le livre de M. Herpin nous paraît donc appelé à prendre sa place dans toutes les bibliothèques, et principalement dans celles des médecins livrés à la rude pratique de l'art de guérir.

BULLETIN DES HOPITAUX.

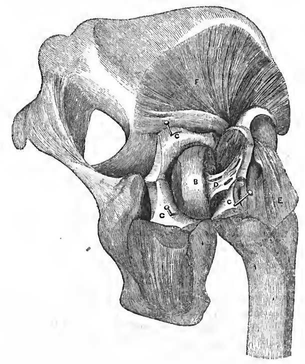
Fracture intra-capsulaire du col du fémur avec rotation du membre en dedans. — Le fait de la rotation en dedans du membre dans le cas de fracture du col du fémur est aujourd'hui trop bien constaté, pour qu'on puisse conserver des doutes à cet égard, comme au temps de Boyer ; seulement la raison n'en est pas facile à donner ; et dans les ouvrages les plus récents on ne trouve aucune explication bien acceptable, pas plus celles qui font dépendre cette rotation de la déviation du trait de la fracture, de l'obliquité et de l'engrènement des fragments, que celles qui en rapportent la cause à l'action de la cause fracturante ou à la direction donnée au membre sur le plan de sustentation. Ce qu'il y a de plus probable, c'est que, en présence des différences nombreuses que les fractures du col du fémur offrent dans leur siége et dans leur direction, aucune théorie générale ne saurait être acceptée, et que chacune des théories auxquelles nous venons de faire allusion rend compte de quelques faits. Néanmoins, le meilleur moyen d'avancer la solution de la question est de faire connaître les cas dans lesquels on a pu constater à l'autopsie la disposition anatomique des parties ; et c'est à ce titre que nous donnons place au fait suivant rapporté par M. Bevan.

Ce chirurgien fut frappé, en examinant le corps d'une femme de cinquante ans, qui avait été apportée à l'amphithéâtre d'anatomie, d'une légère rotation de la cuisse droite en dedans : le gros orteil reposait contre celui du côté opposé ; le membre était raccourci d'un demi-pouce ; le grand trochanter était moins saillant qu'à l'ordinaire ; le pli de la fesse était aplati et légèrement allongé. Il n'y avait, du reste, aucune autre difformité appréciable à la vue ; mais en pressant sur le talon, le raccourcissement augmenta et fut d'un pouce et demi ; et à mesure que le membre se raccourcissait, la rotation en dedans augmentait au point que lorsque le membre n'était pas supporté par le pied du côté opposé, le pied droit reposait à plat sur le bord interne, et si on le détachait de la table, on pouvait lui faire exécuter une rotation en dedans encore bien plus prononcée; bref, on pouvait faire décrire au gros orteil presque un demi-cercle, le talon venant se placer en avant et le gros orteil en arrière. Même dans une rotation modérée, la partie supérieure de la cuisse avait l'aspect notablement tordu. La rotation en dehors avait son étendue naturelle, et dans cette situation, on voyait une ligne saillante, s'étendant de l'épine iliaque antérieure au grand trochanter, et formée évidemment par le muscle fascia lata te le bord antérieur du muscle moyen fessier. L'extension et la flexion

étaient normales ; il n'y avait pas de crépitation, que le membre fût ou non étendu. Comme il y avait quelques doutes relativement à la nature de cet accident, on prit des mesures exactes, tant dans l'allongement du membre que dans le raccourcissement extrême, en pressant sur le talon. Dans le premier sens, c'est-à-dire dans l'état d'allongement, la distance du grand trochanter à l'épine iliaque antérieure mesurait cinq pouces dans la rotation en dehors, trois pouces et demi dans la rotation en dedans. Dans le second sens, c'est-à-dire dans l'état de raccourcissement, la distance entre les mêmes points mesurait quatre pouces et demi dans la rotation en dehors, et trois pouces dans la rotation en dedans, tandis que du côté opposé, cette distance mesurait quatre pouces dans la rotation en dehors, et trois pouces dans la rotation en dedans. Ainsi le grand trochanter était plus éloigné de l'épine iliaque du côté malade que du côté sain, d'un demi-pouce dans l'état de raccourcissement, et d'un pouce dans l'état d'allongement. La distance du grand trochanter à la crête iliaque était, dans l'état de raccourcissement du membre, de près d'un pouce et demi moindre que du côté opposé. De ces mesures il résulte donc que le grand trochanter était placé au-dessus et en arrière de sa position naturelle, principalement dans la rotation en dehors ; la distance de cette apophyse à l'épine iliaque était de quatre et demi à cinq pouces du côté malade, tandis qu'elle n'était que de quatre pouces du côté sain ; la distance du trochanter à la crête iliaque était diminuée en même temps.

La dissection, qui fut faite avec le plus grand soin, montra l'état d'intégrité des petits rotateurs de la cuisse en dehors, des obturateurs, du pyramidal, ainsi que de la plupart des muscles de la cuisse, excepté les bords antérieurs des muscles moyen et petit fessiers qui étaient légèrement épaissis. Le psoas iliaque et l'obturateur externe n'avaient pas souffert non plus. La capsule articulaire et le ligament accessoire étaient intacts, quoique fort épaissis. Avant d'ouvrir la capsule, on constata que, lorsqu'on refoulait le fémur de bas en haut, le grand trochanter se portait en haut et en arrière, sur la face dorsale de l'os iliaque, et qu'il en résultait par suite une saillie de la partie antérieure du ligament capsulaire et accessoire ; c'était là ce qui limitait la rotation en dehors, et qui tendait à incliner le membre en dedans. La capsule ouverte, on reconnut, ainsi qu'on peut le voir sur la planche ci-jointe, que le col du fémur était entièrement détruit, à partir de a tête proprement dite, jusqu'au corps de l'os; les surfaces osseuses étaient transversales et irrégulières, unies l'une à l'autre par quelques longues brides de lymphe plastique molle, lisses, et n'ayant aucune apparence de tissu fibreux. Aucun travail d'ossification ne s'était

accompli, ni de la part de la tête, ni de la part du corps de l'os ; il n'y avait pas de liquide dans l'articulation. La membrane synoviale était tapissée dans une grande étendue par de la lymphe plastique et avait perdu son aspect lisse ; la tête de l'os était logée dans la cavité cotyloïde et faisait à peine saillie au-dessus des bords de cette cavité ; elle se déplaçait très-légèrement lorsqu'on pressait dessus.



Cette gravure, que nous empruntons au Dublin Quarterley-Review, représente l'articulation ouverte par sa face postérieure, le membre dans la rotation en dedans, la tête du fémur détachée autant que possible de la cavité cotyloïde, pour montrer son aplatissement. B. Tête du fémur ; son cartilage est résorbé dans quelques points, et l'on voit la surface par laquelle elle tenait autrefois au col. C. ligament capsulaire épaissi. D. Longues bandes de lymphe plastique réunissant la tête au corps de l'os. E. Muscles pyramidal et obturateur coupés en travers. F. Petit fessier.

Maintenant, comment comprendre dans ce cas la rotation du membre en dedans ? Rappelons d'abord qu'en poussant sur le talon, le membre se raccourcissait et se portait de lui-même en dedans, et que le grand trochanter se portait en haut et en arrière de sa position naturelle, et que, d'un autre côté, lorsqu'on voulait faire exécuter la rotation en

dehors, on observait une ligne tendue de l'épine iliaque au grand trochanter, ligne formée par la tension des muscles rotateurs en dedans, le muscle fascia lata et les muscles fessiers. L'explication devient facile si l'on réfléchit à l'effet que doit produire la destruction du col du fémur sur les deux ordres de muscles rotateurs de la cuisse.

Les rotateurs en dehors peuvent se diviser en deux groupes : le premier composé des jumeaux, des obturateurs et du pyramidal qui s'insèrent dans la fosse digitale ; le second, les adducteurs, qui s'insèrent à la partie interne et supérieure de la diaphyse. Le premier groupe doit perdre entièrement sa puissance rotative dès que le col du fémur a été résorbé, et doit entraîner le grand trochanter en haut et en arrière ; les derniers conservent encore un peu de leur pouvoir rotateur, mais ils agissent principalement en raccourcissant le membre et en le portant dans l'adduction, de sorte que de l'action continue des deux groupes de rotateurs en dehors doit résulter surtout un mouvement d'adduction, de raccourcissement du membre et une élévation en haut et en arrière du grand trochanter.

Pour les muscles rotateurs en dedans, les choses se passent un peu différemment : d'un côté s'insérant sur la partie externe de la diaphyse ou sur l'apenévrose fascia lata, à sa partie externe et postérieure, ils perdent très-peu de leur puissance rotatrice ; de l'autre, par suite de l'augmentation de la distance qui sépare l'épine iliaque du grand trochanter, résultant de l'altération d'action des rotateurs en dehors, le muscle fascia lata et le moyen fessier se trouvent tendus, et de là une augmentation d'action dans leur rôle de rotateurs en dedans ; autrement dit, les phénomènes dépendaient d'une altération d'action des muscles rotateurs, les uns, les rotateurs en dehors, ayant perdu leur action propre, et, de plus, non-seulement ne servant plus d'antagonistes, mais encore par la direction qu'ils donnaient au grand trochanter, aidant indirectement l'action des autres, des rotateurs en dedans.

Telle est l'explication très-naturelle donnée par M. Bevan, et qui nous paraît très-rapprochée de la vérité. Sans croire, tant s'en faut, qu'elle soit applicable à tous les cas, on peut se demander si elle ne conviendrait pas à d'autres cas de fracture du col du fémur, sans disparition de celui-ci ; par exemple, si le corps de l'os était porté en arrière du col et de sa direction naturelle, ne pourrait-il pas se faire que les petits rotateurs fussent dans un très-grand relâchement et perdissent, par conséquent, une très-grande partie de leur action, tandis que les rotateurs en dedans, tendus par l'altération de position de la diaphyse, entraîneraient le membre en dedans ?...

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ALBUGO *traité avec succès par le galvanisme.* L'action très-complexe et très-imparfaitement connue encore du galvanisme sur l'économie animale a néanmoins rendu déjà de grands services à la thérapeutique; et il est probable que nous sommes loin du terme où pourront parvenir un jour ses applications. On connaît ses effets sur le système nerveux et sur la contractilité fibrillaire des muscles; on sait aussi le parti heureux que l'on en a tiré pour obtenir la coagulation du sang dans un sac anévrysmal. Quelques tentatives, non moins heureuses, porteraient à espérer qu'on pourrait tirer également, un jour, un très-bon parti de l'action chimique dissolvante de la pile, pour obtenir la destruction de certains tissus anormaux.

Les journaux ont rapporté dans le temps que des médecins russes et suédois avaient guéri l'albugo du cheval, et même sa cataracte, à l'aide de la pile. En mettant, pour l'albugo, par exemple, le pôle positif ou zinc, en communication avec la bouche, et le pôle négatif ou cuivre, avec la cornée malade; dès que l'appareil entrait en action, le pôle négatif attirant dans la cornée les substances électro-positives ou alcalines, celles-ci dissolvaient l'albumine concrétée de l'albugo, et rendaient ainsi à la membrane sa transparence première.

Quoi qu'il en soit de cette explication, l'exactitude du fait a été récemment vérifiée par un de nos confrères de province, M. le docteur Turck, de Plombières, qui, après avoir fait une expérience concluante sur un cheval atteint d'albugo, en a fait une application heureuse sur l'homme.

Voici le fait que rapporte notre honorable confrère de Plombières.

Une fille de trente ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, eut, il y a dix ans, une double kératite qui laissa à sa suite un albugo sur chaque cornée. L'albugo de l'œil gauche, d'une couleur nacrée et d'un demi-centimètre environ de diamètre, quoiqu'au centre de la cornée, permettait à la malade la vision latérale, à l'aide de laquelle elle accomplissait péniblement son travail habituel. L'albugo de l'œil droit, d'un blanc sale, recouvrait largement la cornée, sur laquelle il faisait une légère saillie. Il interceptait le passage de tous les rayons lumineux, et ne laissait distinguer le jour de la nuit que par une teinte jaunâtre. Cette fille avait consulté un grand nombre de médecins qui tous l'avaient considérée comme incurable. Elle alla aux eaux de Plombières pour s'y faire traiter des suites d'une fracture du bras, et y consulta M. le docteur Turck, qui se décida à répéter sur elle le procédé qui lui avait si bien réussi sur le cheval.

M. Turck prit une pile carrée, d'environ 6 centimètres de côté. Il écarta les deux lames dans un des angles, et les replia un peu en dehors, après les avoir percées d'un trou, dans lequel furent attachés les fils qui devaient servir de conducteurs. Ce petit appareil fut mis dans un verre d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique et rempli aux deux tiers. Dès que le dégagement des bulles d'hydrogène annonça que la pile était en action, l'opérateur plaça le conducteur zinc ou positif dans la bouche, tandis qu'avec le conducteur cuivre ou négatif, recourbé en anneau, il touchait la cornée malade.

Quand l'expérience durait plus de trois minutes et demie ou quatre minutes, la malade avait des vertiges, des nausées, des battements artériels violents dans la tête. Des lotions froides et l'électricité appliquée aux jambes, comme dérivatif, à l'aide de la machine des frères Breton, ou de larges ventouses sèches triomphaient de ces accidents.

Pendant quarante jours on fit trente-quatre applications galvaniques sur l'œil droit et quatre sur l'œil gauche. (Le traitement a été suspendu pendant six jours, à cause des règles.) Voici le résultat qui a été obtenu. L'albugo de l'œil droit est réduit au cinquième environ de son étendue; et il n'existe plus que dans les couches profondes de la cornée, où des tissus isolants le mettent à l'abri de l'influence électrique. Au lieu de sa couleur d'un blanc sale, il a une couleur nacrée, et enfin l'œil, qui depuis dix ans ne voyait plus, peut lire facilement

et sans lunettes. L'albugo de l'œil gauche est un peu diminué de largeur et d'épaisseur, mais sa situation dans les couches profondes de la cornée le rendait peu accessible à l'influence électrique. Il est possible, ajoute M. Turck, que sous l'influence du traitement qui a été suivi chez cette femme, le mieux obtenu aille en grandissant. On peut partager sa confiance; mais ce dont nous devons le louer surtout, c'est d'avoir su s'arrêter à temps dans cette expérience, et de s'être contenté d'une amélioration sensible, par la crainte qu'en poussant l'épreuve plus loin, les chances n'eussent tourné plus défavorablement. Il faut ajouter enfin que, d'après ce fait, comme d'après l'expérience que M. Turck a faite sur le cheval, il n'y a lieu d'espérer du succès de cette pratique que dans les cas où l'albugo est superficiel, et n'intéresse que la lame externe de la cornée. (*Revue médico-chirurgicale*, avril 1852.)

ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX (*Nouveau procédé opératoire pour la cure de l'*). La simple ligature de l'artère au-dessus de l'anévrysme artérioso-veineux, selon la méthode d'Anel, est aujourd'hui jugée et justement condamnée; et il est généralement admis qu'il faut lier les deux bouts de l'artère. Mais tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer la double ligature de l'artère blessée dans l'anévrysme artérioso-veineux, ont pu juger des difficultés que présente parfois le procédé opératoire qui oblige à chercher les deux bouts de l'artère au fond de la poche anévrysmale, où les veines intéressées versent incessamment une pluie de sang. Aussi a-t-on vu les chirurgiens les plus habiles, vaincus par les difficultés, obligés de lier ensemble la veine et l'artère, sans parler d'un cas plus malheureux où le nerf voisin paraît avoir été compris dans la ligature. De là, une source d'accidents graves. Mais, est-il donc nécessaire, pour lier les deux bouts de l'artère, d'ouvrir le sac, et ne pourrait-on pas attaquer l'artère au-dessus et au-dessous par deux incisions séparées, en respectant à la fois le sac et les téguments qui le recouvrent? C'est ce qu'a pensé M. Malgaigne, et ce qu'il a exécuté avec succès dans le cas suivant:

Un homme de quarante-deux ans entra à l'hôpital Saint-Louis, le 20 juillet 1850, pour un anévrysme variqueux au pli du coude droit, survenu à la suite d'une saignée malheureuse. Un peu en dedans de la partie moyenne du pli du coude droit, et au niveau d'une ligne horizontale passant par le sommet de l'épitrochlée, on trouvait, sur la veine médiane basilique, et sur le trajet de l'artère, une tumeur soulevant la peau, paraissant avoir le volume d'une noisette, animée de battements très-manifestes et assez étendus, isochrones à ceux du pouls, avec frémissement vibratoire continu, se faisant sentir sur le trajet des veines, en haut presque jusqu'au niveau du bas de l'épaule, en bas, sur la veine radiale jusqu'à 11 centim. au-dessous du pli du coude, sur la cubitale à 6 centim. seulement. Cette tumeur se déprimait et disparaissait complètement sous la pression du doigt; elle était le siége d'un souffle avec renforcement extrêmement marqué, qu'on entendait, mais de moins en moins intense, à mesure qu'on s'éloignait du pli du coude, en haut, jusque dans l'aisselle; en bas, jusqu'au poignet. Les artères radiale et cubitale battaient au poignet avec un fort tremblement égal aux deux avant-bras. Les veines superficielles du bras et de l'avant-bras droit étaient un peu plus prononcées que celles du côté opposé. La compression exercée sur l'humérale affaiblissait et faisait cesser enfin complétement le souffle dans la tumeur. Si l'on comprimait ensuite la radiale et la cubitale en même temps, de manière à faire cesser complétement leurs pulsations, l'intensité du souffle diminuait beaucoup et il devenait intermittent. Tous ces caractères ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux. Le 15 juillet, M. Malgaigne procéda à l'opération de la manière suivante: assis à côté du lit du malade, préalablement chloroformisé, il fit immédiatement, au-dessous de la tumeur, une première incision verticale d'environ 2 cent. 1/2, n'intéressant que la peau; puis disséquant avec soin le tissu cellulaire sous-cutané, il écarta la veine médiane basilique, qui fut rejetée en dedans et maintenue par un aide avec un crochet mousse; il divisa ensuite l'aponévrose antibrachiale sur la sonde cannelée dans la même étendue que la peau; puis, guidé par les battements de l'artère, et se servant du bec de l'

sonde pour écarter les fibres du tissu cellulaire, il mit à découvert assez profondément dans la plaie, écartée par deux crochets mousses, deux cordons vasculeux, dont l'un fut reconnu pour l'artère à ses battements, chargé sur la sonde, isolé avec soin, puis lié d'un fil simple, dont l'un des bouts fut coulé près du nœud, l'autre laissé pendant au dehors de la plaie. Aucun vaisseau n'ayant été entamé, il n'y eut, pour ainsi dire, aucun écoulement de sang, et le chirurgien put passer immédiatement à la seconde partie de l'opération; il fit donc, immédiatement au-dessus de la tumeur, sur le trajet de l'artère humérale, une nouvelle incision de même étendue que la première. Le tissu cellulaire et l'aponévrose furent divisés avec le même soin; l'artère reconnue à ses battements, isolée et liée de la même manière. Immédiatement la tumeur cessa de battre; les frémissements des veines avaient disparu et les artères radiale et cubitale n'offraient plus aucun battement. Les deux incisions furent réunies à l'aide de trois points de suture à bandelettes de caoutchouc fixées par des épingles; le membre fut placé à angle presque droit sur une attelle coudée dans la demi-pronation, et puis sur un coussin élevé. Une simple compresse fut jetée, pour tout pansement, par-dessus la suture. Il ne survint aucun accident, bien que la réunion n'eut pas lieu par première intention. Le fil de la ligature supérieure tomba le dixième jour; celui de la ligature inférieure le onzième. Le 8 août la guérison était complète; la tumeur avait entièrement disparu; il ne restait plus de gêne dans les mouvements du membre supérieur, sauf une très-légère raideur des mouvements du coude. Chez mon malade, ajoute M. Malgaigne, les battements de l'artère, faciles à sentir au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, semblaient inviter à suivre ce procédé, tant l'exécution paraissait devoir en être facile. Je ne sais jusqu'à quel point il sera applicable dans d'autres cas, soit que l'anévrysme siége au pli du coude, soit surtout qu'il ait son siége dans les régions profondes. Seulement, comme je l'ai pratiqué avec une facilité inespérée et avec un succès aussi complet que possible, il me paraît devoir être préféré toutes les fois qu'il n'y aura pas de contre-indication absolue. Nous nous associons, pour notre part, à ces réflexions. (*Revue médic.-chir.*, mars.)

CHLOROFORME (*Moyen de prévenir les accidents résultant d'une action trop prolongée ou trop intense du*). Quelle que soit l'interprétation que l'on donne aux faits malheureux qu'enregistrent de temps en temps les journaux de médecine, et alors même qu'on n'admettrait pas que tous les cas de mort survenus après l'inhalation du chloroforme doivent être attribués à cet agent, on ne peut, sans une aveugle prévention, méconnaître les chances de danger que courent les personnes que l'on met dans un état complet d'insensibilité pour les soustraire à la douleur d'une opération. On a beaucoup cherché les moyens de prévenir ces dangers ou d'y remédier; le meilleur moyen et le plus simple de les prévenir, c'est de ne jamais pousser l'inhalation jusqu'à la production de l'insensibilité complète, qui n'est d'ailleurs pas nécessaire pour atteindre le but qu'on se propose. A quelles limites faut-il s'arrêter? — C'est ce qu'il est difficile de déterminer d'une manière précise. L'expérience pratique peut seule y conduire. Voici, toutefois, des faits qui tendent à prouver la possibilité d'obtenir tous les bénéfices de l'inhalation, sans avoir à en redouter les dangers.

Désireux de savoir à quel point on pourrait atténuer la douleur sans porter l'action du chloroforme jusqu'à la perte de connaissance, M. Hervez de Chégoin, chez une femme à qui il allait enlever un sein, s'arrêta dans l'inhalation quand elle se plaignit d'un léger étourdissement. La peau de l'avant-bras, qu'il pinça, n'était pas insensible; mais la douleur était si obtuse, que la malade, qui en avait la conscience, la considérait comme indifférente; c'est dans cette condition qu'il commença l'opération. Pendant toute la durée, la malade lui parlait, lui disant qu'elle *le voyait, l'entendait, mais qu'il ne lui faisait point de mal.*

Une autre femme, à qui M. Hervez amputait l'index dans la continuité et qu'il avait mise dans les mêmes conditions, et qui était restée assise sur une chaise, lui tint le même langage.

Un jeune homme, à qui il faisait une opération courte mais très-

douloureuse, ne s'aperçut de rien. Il était également resté assis, et on avait retiré le mouchoir placé à distance, et imprégné d'un gramme environ de chloroforme, dès que le malade avait témoigné du malaise ou plutôt de l'impatience. Un autre, âgé de quinze ans, et d'une extrême sensibilité marquée par des mouvements involontaires des membres, ne témoigna aucune douleur pendant l'ouverture d'un abcès à la jambe. Il avait, comme le précédent, respiré pendant moins d'une minute un gramme de chloroforme jeté sur un mouchoir préalablement humecté d'eau. C'est quand il voulait éloigner le mouchoir avec la main, que l'excision fut faite. Il n'en a pas eu conscience.

Enfin, forcé lui-même de se soumettre à l'incision que réclamait un anthrax à la nuque, M. Hervez ne voulait pas être amené à une complète insensibilité. Après trois minutes d'inhalation de chloroforme bien irrégulière et bien souvent interrompue, ennuyé d'attendre un effet appréciable, et n'éprouvant qu'un serrement dans les tempes, il pria le chirurgien, M. Michon, de commencer. Ne voyant pas ce qui se passait, et un peu impatient, il pria assez vivement son confrère de se hâter. C'était fini, et M. Hervez n'avait rien senti. Un peu surpris et très-satisfait de ce résultat, M. Hervez porta les doigts sur les bords de la plaie; il la trouva entièrement insensible. « Je ne pouvais croire, ajoute-t-il, que cette insensibilité dépendait de la maladie elle-même qui avait mortifié le tissu cellulaire sous-cutané. Mais la peau ne participait point à cette mortification. Je me pinçai, à plusieurs reprises, celle de la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, et la douleur avait un caractère si obtus, que je la renouvelai par curiosité. Je répétai cette légère épreuve plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et, à mon grand étonnement, je trouvai toujours non pas de l'insensibilité, mais une grande diminution dans la sensibilité.

Eclairé par ces faits qui confirment ce que quelques expérimentateurs avaient déjà reconnu, M. Hervez se borne depuis lors à cette action du chloroforme qui atténue la sensibilité au degré convenable pour rendre à peu près indifférent à la douleur, sans porter atteinte aux facultés intellectuelles, sans jeter dans cet anéantissement complet, dont trop d'exemples démontrent le danger. (*Union médicale*, avril 1852.)

DIGITALINE (*Expériences sur les effets thérapeutiques, le mode d'administration et le dosage de la*). Tous nos lecteurs connaissent la digitaline. Ce que le *Bulletin* en a publié d'après le mémoire de MM. Homolle et Quévenne, et le rapport de M. Bouillaud, et l'intéressant travail inséré dans nos colonnes par M. Bouchardat (voir t. XL, p. 97 et 136), les ont suffisamment mis au courant de tout ce qui a trait à l'histoire de ce nouvel agent si actif de la thérapeutique. Toutefois la science est loin encore d'être fixée sur tous ses effets et sur les indications qui en ressortent. On ne pourra donc qu'accueillir avec faveur et avec reconnaissance la relation des nouvelles expériences que M. Andral vient de faire dans son service de la Charité, avec le concours de M. le docteur Lemaistre, de Limoges, tant sur les effets physiologiques et thérapeutiques de cette substance, que sur son dosage et son mode d'administration. Nous extrayons du compte-rendu de ces expériences tout ce qui nous a paru avoir plus immédiatement trait à la pratique.

La digitaline a toujours été administrée sous la forme pilulaire de M. Quévenne, dite *granule*, chaque granule contenant un milligramme. On débutait le plus souvent par un granule, quelquefois par deux dans les vingt-quatre heures; puis, peu à peu, on augmentait chaque jour le nombre, et on l'élevait ainsi à quatre granules par jour. Quelquefois on allait à six, sept; mais des accidents d'intoxication se prononçaient et on était obligé de diminuer la dose, ou le plus souvent de suspendre le remède. Aussi, pour cet agent thérapeutique, ne peut-on admettre la tolérance comme pour d'autres. Dans un cas, l'intolérance s'est manifestée dès le premier jour de l'administration. Le plus ordinairement, néanmoins, c'était le troisième ou le quatrième jour de la médication que les vomissements, la diarrhée, la céphalalgie survenaient, même à doses très-minimes, à deux ou trois granules. A côté de cela, il y a eu de grandes exceptions; ainsi, dans quelques cas, 5, 6, 7 granules ont pu être pris impunément. Dans un cas, dix granules

ont été pris en vingt-quatre heures, pendant plusieurs jours de suite; douze même une fois par le même individu, sans le moindre accident.

La durée du traitement chez chaque malade a été très-variable : de quelques jours à une ou deux semaines.

Les quantités les plus considérables de globules administrés pendant tout le traitement ont été les suivantes : 23, 33, 44, 50, 88 milligrammes. (Dans ce dernier cas, le remède avait été administré à deux reprises différentes.)

Les observations de MM. Andral et Lemaistre ont porté sur dix-neuf cas, savoir : des affections chroniques du cœur, un cas d'albuminurie, un cas de chloro-anémie, avec accès de fièvre intermittente, deux cas de phthisie, un cas d'acéphalocyste de la plèvre, avec vaste épanchement pleural, deux cas de pleurésie aiguë, deux cas de rhumatisme, l'un mono-articulaire, l'autre poli-articulaire.

Voici d'une manière sommaire les effets constatés par ces deux savants expérimentateurs :

D'abord la digitaline agit sur le système circulatoire comme la digitale, en abaissant le nombre des pulsations d'une manière graduellement décroissante; et cette action se continue longtemps après la cessation du remède. Mais c'est surtout dans les maladies du cœur que cette action est sensible et constante : il s'y joint en outre une influence régularisatrice sur les battements artériels, qui approprie merveilleusement cette substance au traitement de ces affections.

L'influence de la digitaline a été peu appréciable, au moins aux doses médicamenteuses, sur l'appareil digestif. Son action sur l'appareil respiratoire a été plus sensible, mais manifestement secondaire à celle que cette substance exerce si énergiquement sur la circulation.

Elle a révélé une vertu diurétique évidente. Cette propriété ne se manifestait point du jour où le remède était administré, mais bien le troisième ou le quatrième jour de la médication, et persistait pendant deux ou trois jours uniformément, pour décroître ensuite. Là où la diurèse s'est montrée la plus abondante, ç'a été dans les cas d'œdème du tissu cellulaire; tandis que dans les hydropisies de la plèvre et celles du péritoine, l'action de la digitaline a été peu ou pas sensible.

En résumé, d'après MM. Andral et Lemaistre la digitaline doit être administrée :

1° Dans les maladies chroniques du cœur, alors que le pouls est élevé et la circulation irrégulière. Cette substance a la vertu de ramener le pouls à son type normal.

2° Dans tous les cas d'hydropisie provenant soit d'une maladie du cœur, soit d'une altération du sang; comme dans l'albuminurie, la digitaline facilite la diurèse et dissipe ainsi les infiltrations séreuses.

Quant aux autres maladies dans lesquelles on l'a préconisée, telles que les fièvres intermittentes, la phthisie pulmonaire, les palpitations chlorotiques ou nerveuses, l'auteur déclare n'avoir pas assez de faits pour se prononcer d'une manière affirmative. Mais d'après le peu de résultats obtenus dans ces différents cas, il est porté à croire que dans les maladies inflammatoires, dans la fièvre intermittente, dans les palpitations nerveuses, etc., l'effet de la digitaline est très-secondaire, si toutefois il existe.

En ce qui concerne la dose à laquelle la digitaline doit être administrée, M. Lemaistre a observé qu'à deux, trois granules par jour, on obtenait presque toujours des effets très-notables et sur la circulation et sur les urines, sans qu'il arrivât d'effets toxiques; tandis qu'à quatre ou cinq granules il survenait à peu près constamment des accidents. Il est donc naturellement porté à conseiller de ne jamais donner que 2 ou 3 milligrammes par jour, et à ne dépasser cette dose que dans certains cas exceptionnels.

La forme pilulaire dite *granule*, adoptée par M. Quévenne, lui paraît le moyen le plus simple d'administrer ce remède. On peut faire fondre le granule dans un peu d'eau, quand les malades se refusent à le prendre solide. Au lieu du granule, on peut encore employer l'alcoolé de digitaline, qui renferme environ 3 milligrammes par trente gouttes (dans une potion).

Enfin, en comparant les effets de la digitaline à ceux qu'il a obtenus avec la digitale dans quelques expériences comparatives, M. Lemaistre a trouvé qu'ils sont les mêmes, à la différence près d'une plus grande irritation sur la muqueuse digestive

pour la digitale. C'est cet inconvénient, joint aux mécomptes que la digitale fait souvent éprouver pour sa qualité, qui porte surtout M. Lemaistre à préférer la digitaline. (*Union médicale*, mai.)

DILATATION *du canal de l'urètre (Sur la) chez l'homme pour aider à l'extraction des petits calculs.* Rien de plus ancien sans doute que cette pratique de la dilatation du canal de l'urètre, que M. Pamard propose de reprendre et d'appliquer à l'extraction des petits calculs. En effet, malgré les avantages si incontestables de la lithotritie, il est certain que cette opération présente assez souvent des dangers, et que même pratiquée par des mains expertes et habiles, elle a pu avoir des conséquences fâcheuses. Il n'y aurait donc aucun inconvénient, à notre avis, une fois qu'on a reconnu la présence d'un petit calcul, à tenter au préalable la dilatation de l'urètre; sans compter que cette même dilatation, si elle n'atteignait pas le but, ne pourrait que rendre plus facile le brisement du calcul. C'est avec les sondes de Mayor, et en partant du nº 1, augmentant chaque jour d'un numéro, que M. Pamard pratique cette dilatation; et dans trois cas, il a réussi sans avoir dépassé le nº 4, en se bornant à laisser la sonde à demeure pendant deux heures seulement, à obtenir l'expulsion du calcul chassé par le flot des urines. Dans un cas où le calcul était plus volumineux et où M. Pamard pratiqua la lithotritie, il dut à la dilatation préalable du canal qui avait été faite pendant huit jours, la sortie de trois fragments des plus volumineux, dont un ayant un centimètre de diamètre dans tous les sens et un autre ayant 12 millimètres de long sur 9 de large, autrement dit des fragments d'un volume tel que la possibilité de leur sortie ne pouvait être due qu'à cette dilatation. La dilatation, avant la lithotritie, aurait donc l'avantage, en permettant la sortie des fragments volumineux, non-seulement de diminuer le nombre des séances, ce qui est déjà très-important, mais encore d'assurer le succès de l'opération; car on n'ignore pas que les petits fragments échappent facilement à l'examen de l'opérateur, et que s'ils ne sont pas expulsés, ils forment dans la vessie le noyau d'un petit calcul. (*Rev. méd.-chirurgicale.*)

DYSSENTERIE (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose dans le traitement de la*). Ce n'est pas seulement contre la diarrhée que le sous-nitrate de bismuth compte les succès les plus remarquables; c'est aussi contre la dyssenterie, ainsi que M. Monneret l'a signalé dans l'excellent travail qu'il a inséré dans ce journal. Mais comme les cas de dyssenterie observés par ce médecin ne se rapportent qu'à la dyssenterie sporadique, nous croyons utile de dire que, essayé par M. Pellieux dans une dyssenterie épidémique qui s'est montrée dans les environs de Beaugency, ce médicament a dépassé toutes les espérances que ce médecin en avait pu concevoir, dans l'emploi qu'il en a fait chez des adultes et chez des enfants. Les doses de sous-nitrate de bismuth ont été portées chez les adultes de 8 grammes à 30 grammes par jour, et chez les enfants même fort jeunes à 4, 8, 12 et même 13 grammes. M. Monneret avait donné, en pareil cas, jusqu'à 70 grammes; il n'y aurait donc aucun inconvénient à aller jusque-là si la maladie résistait. Quant au mode d'administration, M. Pellieux pense que le plus commode consiste à l'unir à une potion gommeuse qu'on fait prendre par cuillerées et dans laquelle la poudre de sous-nitrate de bismuth se tient bien mieux suspendue que dans une simple tisane où sa tendance à gagner le fond des vases en rend l'administration assez laborieuse. Il n'est pas nécessaire que le régime alimentaire soit très-sévère, à moins d'indications particulières. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*)

KOUSSO (*De l'emploi du*) *dans le traitement des affections vermineuses des enfants.* Les succès remarquables qui ont été obtenus dans ces derniers temps avec le kousso, dans le traitement du ténia, pourraient faire croire que ce médicament possède seulement une spécialité d'action contre ce ver intestinal. On savait cependant qu'en Abyssinie le kousso est employé contre toute espèce de vers intestinaux. Les faits rapportés par M. Hannon confirment pleinement cette opinion. S'étant assuré qu'une forte infusion de kousso dans l'eau distillée tuait en quelques secondes les animaux parasites trouvés dans l'intestin des grenouilles, ce mé-

decin résolut d'en faire usage chez plusieurs enfants atteints d'affections vermineuses, chez lesquels le calomel, le semen-contra et la spigélie n'avaient produit l'expulsion d'aucun entozoaire. L'un de ces enfants avait le rectum infecté d'une innombrable quantité d'ascarides vermiculaires ; deux lavements composés chacun d'une infusion d'un gramme de kousso et de 90 grammes d'eau suffirent pour obtenir une cure complète. Les démangeaisons cessèrent dès le troisième jour; un lavement de kousso avait été administré pendant chacun des deux jours précédents. Chez deux autres enfants, l'un âgé de quatre ans, l'autre de cinq, la présence d'ascarides dans l'intestin occasionnait les perturbations fonctionnelles les plus graves, et le calomel, l'aloès, le semen-contra, la spigélie n'avaient produit aucun changement dans ces affections. M. Hannon se décida à recourir au kousso ; il administra un gramme du médicament en infusion dans un quart de litre d'eau, infusion et fleurs; les deux malades manifestèrent une sensation fort désagréable dans l'arrière-bouche, suivie d'une soif fort grande; une sensation de brûlure au rectum devint bientôt après très-manifeste. Deux heures après, tous deux prirent 30 gram. de manne dissoute dans du jus de pruneau, et deux autres heures après, l'effet purgatif se manifesta. Pendant plusieurs jours, les deux enfants rendirent des ascarides morts. Ces essais prouvent, ajoute M. Hannon, que le kousso doit être préféré à tous les vermicides connus; il n'inspire aucun dégoût aux enfants et toujours on peut être certain d'arriver au résultat que l'on espère. Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est que le kousso, dont le prix, en ce moment encore fort élevé, rend l'emploi peu général, ne tardera pas à tomber à un prix raisonnable avant peu, dès que le commerce en sera régularisé. Nous pensons donc que ce médicament pourra, avant peu, être employé sans difficulté par les médecins, mais nous croyons que son emploi devra toujours être réservé chez les enfants pour les cas de diathèse vermineuse très-prononcée, vu son activité et son énergie bien connues. (*Presse médicale belge.*)

LEUCORRHÉE *symptomatique des engorgements utérins (Des scarifications multiples du col dans le traitement de la).* C'est aujourd'hui un fait parfaitement acquis à la science que la fréquence de la leucorrhée comme symptôme des engorgements utérins, avec ou sans participation de la muqueuse vaginale à la phlegmasie aiguë ou chronique dont l'utérus est le siége. Dans les deux cas, c'est vers la curation de l'engorgement utérin que le médecin doit diriger plus particulièrement ses efforts. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les diverses espèces d'engorgements utérins que l'on peut être appelé à combattre et les moyens de traitement que réclame chacune d'elles. On sait cependant que les émissions sanguines occupent dans ce traitement une place assez importante ; et parmi ces émissions sanguines, les applications des sangsues sur le col méritent dans beaucoup de cas la préférence. Rien de plus facile d'ailleurs que cette petite opération, et ce n'est pas sans une grande surprise que nous avons lu dans un mémoire de M. le docteur Mayer (de Belfort), qui propose de leur substituer les scarifications multiples pratiquées avec un instrument de son invention, que nous avons lu, disons-nous, qu'après avoir tenté, à plusieurs reprises, l'application des sangsues sur le col, M. Mayer s'est convaincu de l'insuffisance de ce moyen, que les difficultés opératoires rendent d'ailleurs presque impossible dans certaines occurrences. Il faut évidemment que M. Mayer soit tombé sur des circonstances bien exceptionnelles, car pour notre part nous ne connaissons pas d'opération aussi simple et aussi facile. Cela ne veut pas dire que nous rejetions absolument les scarifications multiples du col que M. Mayer propose de reprendre, et pour la pratique desquelles il a imaginé un instrument particulier composé de deux pièces, un spéculum plein ordinaire, muni d'une double rainure qui règne dans toute sa longueur sur deux points opposés de sa surface interne, et qui est destinée à recevoir les arêtes correspondantes du scarificateur qu'il sert à introduire par glissement et à porter jusque sur le col; scarificateur qui n'est autre chose qu'un cylindre de cuivre qui glisse à frottement dans le spéculum dont il a la longueur, et qui contient dans sa cavité le mécanisme du scarificateur quadrilatère que connaissent tous les praticiens; pour faire saillir

les lames, on fait agir un ressort placé à l'extrémité externe de l'appareil. Mais, en thérapeutique, ce qui importe surtout, c'est de connaître les indications d'une médication. Peut-on considérer comme telles celles données par M. Mayer, qui peuvent se réduire à un état congestif inflammatoire intense du col de l'utérus? Nous ne le pensons pas; en effet, dans ces cas, nous n'hésitons pas à l'affirmer, on réussira mieux, si l'indication des émissions sanguines locales est précise, avec une application de sangsues sur le col qu'avec les scarifications. Le grand inconvénient qui leur a été reconnu depuis longtemps, c'est qu'elles fournissent peu de sang. Ce qui se passe à l'extérieur pour les scarifications des ventouses en est bien la preuve, puisque sans l'aspiration de la ventouse, la perte de sang serait presque insignifiante. Les sangsues constituent au contraire des ventouses vivantes, qui pompent une assez grande quantité de sang et laissent, en outre, de petites plaies assez profondes d'où le sang coule en assez grande abondance, même après leur chute. Mais les scarifications peuvent certainement trouver leur place dans certains cas, et M. Huguier en a fait une heureuse application au traitement des leucorrhées produites par le développement des follicules muqueux du col utérin; c'est là un point nouveau et intéressant sur lequel nous nous proposons de revenir prochainement. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*)

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL (*Sur la curabilité du*). Le ramollissement cérébral peut-il guérir? De quelle manière s'opère sa guérison, si elle est possible? Ces deux questions, qui paraissent seulement du domaine pathologique, cachent cependant une grave question thérapeutique. En effet, à quoi bon poursuivre le traitement d'une maladie qui ne serait jamais susceptible de guérison? Ce serait poursuivre une chimère, et recommencer cette course toujours infructueuse après les spécifiques du cancer et des tubercules, par exemple. Mais si la guérison peut avoir lieu, les choses changent de face : il importe de savoir comment elle s'opère et dans quelles limites elle est possible, pour diriger le traitement dans sa voie la plus naturelle, et pour ne pas fatiguer le malade au delà de ce qui est nécessaire pour obtenir le possible. Dans le ramollissement cérébral, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, il y a des limites à leur guérison : ce sont celles qui sont posées par le siége et l'étendue du désordre cérébral; seulement, entre ces deux maladies, il y a quelques différences qui tiennent surtout à leur marche. En effet, une fois l'hémorrhagie cérébrale accomplie, si la vie ne devient pas complétement incompatible avec le siége ou l'étendue de l'épanchement, le travail de guérison ou celui de réparation commence par la résorption du sang, la formation d'une membrane, etc.; la maladie a atteint du premier coup son plus grand développement; elle ne peut que décroître. Il n'en est pas de même du ramollissement; c'est une altération dont la marche est d'abord essentiellement croissante, et, si on la voit aussi tendre peu à peu vers un mode de guérison ou de terminaison que caractérisent en dernier ressort la résorption et la disparition de la substance ramollie, ce n'est qu'après avoir subi des transformations et des changements successifs dont les foyers hémorrhagiques n'offrent aucun exemple. Ce sont ces changements successifs qui ont été parfaitement étudiés par M. Durand-Fardel, qui a montré que le ramollissement cérébral parvenu à l'état chronique peut guérir à la manière des foyers hémorrhagiques, c'est-à-dire en se limitant et en subissant un travail de résorption de la substance ramollie, analogue à la résorption du caillot dans l'hémorrhagie, qui, arrivé à son dernier terme, produit des ulcérations à la surface du cerveau, des cavités ou de vastes déperditions de substance dans la profondeur de cet organe, et succède à des transformations dont les caractères les plus importants sont des plaques jaunes à la surface du cerveau, des infiltrations celluleuses dans la substance médullaire. Or, les malades qui ont offert ces altérations après avoir présenté pendant la vie des symptômes cérébraux graves, ou avaient guéri complétement de ces accidents, ou n'en avaient conservé que des traces exactement semblables à celles que laisse la cicatrisation des foyers hémorrhagiques du cerveau. La question n'est donc pas douteuse pour le ramollis-

sement à marche chronique; mais M. Durand-Fardel ne nous dit pas si elle est également possible pour ces ramollissements qui simulent, quelquefois à s'y méprendre, le développement instantané et la marche décroissante qui caractérisent l'hémorrhagie, pour les ramollissements à forme congestive. Il est permis de croire qu'elle doit être possible pour ceux-ci comme pour les premiers, mais peut-être plus difficile à cause de l'exaspération qui leur est communiquée par le raptus sanguin. En tout cas, il est évident que, pour le traitement qui doit être suivi dans le ramollissement cérébral, il faut prendre en grande considération la nécessité d'un travail réparateur de longue durée, et, par conséquent, éviter de débiliter l'individu au delà de ce qui est nécessaire pour combattre les complications. A ce titre, nous n'hésitons pas à considérer l'emploi des antiphlogistiques, comme contre-indiqué dans les cas de ce genre, excepté peut-être lorsque les accidents congestifs sont trop prononcés; encore nous semble-t-il qu'il faut apporter dans leur emploi la plus grande précaution et la plus grande réserve; tandis que les toniques, les fortifiants, surtout ceux qui sont puisés dans les modificateurs hygiéniques, nous paraissent devoir tenir la première place; bien entendu encore que, dans tous les cas de ce genre, le travail réparateur doit être tenu, par le repos absolu de l'organe cérébral, à l'abri des congestions qui pourraient en interrompre le cours ou le faire dévier de sa voie naturelle. (*Arch. génér. de méd.*, avril.)

VARICOCÈLE (*Nouveau procédé pour la cure palliative du*). Ce procédé n'est, en réalité, qu'une modification de celui proposé par M. Hervez de Chégoin, qui consiste, comme on sait, à tirer en bas la peau du scrotum du côté malade, et à l'entourer d'un lien au-dessus du testicule, faisant ainsi remonter cet organe avec le varicocèle du côté de l'anneau inguinal, et le laissant soumis à la pression bienfaisante des téguments. A. Cooper arrivait au même but par une opération sanglante, en incisant toute la peau exubérante du scrotum. M. Richard (du Cantal) remplace le lien de M. Hervez par un tube élastique de la manière suivante : on prend une bande de caoutchouc non vulcanisé, large de 2 à 3 centimètres, dont la longueur est mesurée préalablement sur le scrotum; on fait à ses deux extrémités une coupe fraîche et régulière à l'aide de bons ciseaux, on les soude par un simple rapprochement, et l'on obtient ainsi une espèce de rond de serviette dans lequel on engage la portion excédante du scrotum. M. Richard a fait sur lui-même l'expérience de ce petit appareil, et il s'en est bien trouvé. M. Nélaton l'a essayé récemment chez un ouvrier qui portait un varicocèle très-petit, mais déterminant des douleurs si vives et si persistantes dans la bourse correspondante et dans les reins, qu'il demandait à être soulagé par n'importe quelle opération. L'application de l'appareil a immédiatement fait disparaître toute douleur. On peut donc l'essayer en pareil cas; toutefois, nous ne saurions nous défendre d'un doute : cette compression sur la peau du scrotum est assurément innocente au premier moment; mais au bout d'une journée de fatigue, n'en résultera-t-il pas un œdème ou même quelque chose de plus? (*Revue méd.-chir.*, avril 1852.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine de Belgique a mis au concours, pour l'année 1853, les questions suivantes : 1° Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de pneumo-pneumonie épizootique, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les moyens d'en préserver les bêtes à cornes. Déterminer au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. Prix : médaille d'or de 800 fr. 2° Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer par des ex-

périences nouvelles l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal les divers genres d'alimentation et l'irruption des matières médicamenteuses. Prix : médaille d'or de 1,500 fr. 3° Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections des os. Prix : médaille d'or de 400 fr. 4° Exposer l'influence respective des différents nerfs sur les mouvements de l'iris. Prix : médaille d'or de 400 fr. 5° Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. Prix : médaille d'or de 800 fr. 6° Faire une nouvelle étude chimique du *veratrum album* et des alcaloïdes qu'il contient. Prix : médaille d'or de 500 fr.

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé ces jours derniers par la nomination de MM. Demarquay et Richard.

Le concours pour quatre places de médecin au Bureau central a parcouru sa première phase. Ont été admis à prendre part aux épreuves définitives MM. Bernard, Boucher de la Ville-Jossy, Chapotin de Saint-Laurent, Delpech, Durand-Fardel, Guibout, Hillairet, Lallier, Lasègue, Matice, Richard, Sée.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a élu pour président M. Bouvier, son vice-président actuel, en remplacement de M. le professeur Trousseau, président de l'année précédente et non rééligible. M. Requin a été élu vice président; M. Roger (Henri), secrétaire général; MM. Bouchut et Léger, secrétaires particuliers; M. Labric, trésorier.

M. le docteur Viale, Français d'origine (il est né dans le département de la Corse) vient d'être nommé à la chaire de clinique, vacante à la Faculté de Rome.

L'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Milan a mis au concours la question suivante : Quelles applications vraiment utiles pour la physiologie et pour la thérapeutique peut-on attendre des études entreprises sur les phénomènes dus au magnétisme animal? On ne saurait trop désirer que l'Académie de Milan trouvât dans les travaux qui lui seront adressés la solution de cette question.

Des Conseils d'hygiène et de salubrité publique viennent d'être institués en Algérie.

Notre confrère, M. le docteur Bitot, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, vient d'être nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à la même école, en remplacement de M. Puydebat, démissionnaire.

D'après des relevés publiés dans ces derniers temps, la ville de Paris est une des grandes villes de l'Europe qui comptent le plus grand nombre de lits dans les hôpitaux, plus de 10,000 pour une population d'un million d'habitants. A Saint-Pétersbourg, 6,000 lits pour une population de 476,000 habitants, et avec une mortalité annuelle de 10 à 11 mille âmes. A Vienne, avec une population de 400,000 âmes et une mortalité de 16 à 17 mille, 3,700 lits. A Berlin, dont la population est de 365,000 âmes et la mortalité annuelle de 8 à 9,000 âmes, 3,000 lits. A Varsovie, avec une population de 150,000 âmes, 1,400 lits. Londres occupe le bas de l'échelle : cette ville, qui ne compte pas moins de 2 millions d'habitants, et dont la mortalité annuelle est de 45,000 âmes, ne possède cependant que 5,000 lits, c'est-à-dire la moitié de ce que compte Paris et pour une population double. Dans les villes de moindre importance, en Angleterre, il en est de même qu'à Londres : les lits d'hôpitaux sont en fort petit nombre. A Manchester, par exemple, ville exclusivement industrielle de 360,000 habitants, avec une population ouvrière très-serrée et très-malheureuse, il n'y que 193 lits dans les hôpitaux; il est vrai que les *Work-houses* ou maisons de travail remplacent les hôpitaux à beaucoup d'égards, au moins pour les pauvres assistés par es paroisses.

Le rédacteur en chef, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS.

Par M. CULLERIER, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

Dans un Mémoire dont l'Académie de médecine m'a fait l'honneur d'entendre la lecture, j'ai cherché à démontrer que les symptômes syphilitiques des enfants à la mamelle étaient, quant à leur nature, exactement semblables à ceux des adultes ; qu'on observait chez eux les accidents primitifs avec leur virulence et les accidents secondaires avec leur innocuité contagieuse. Mais que si l'on voyait alors dans une proportion immense les manifestations secondaires et très-rarement les primitives, cela tient d'abord à cette raison capitale que la syphilis des enfants à la mamelle étant presque constamment héréditaire, c'est avec la forme constitutionnelle qu'elle se traduit ; en second lieu, à ce que la marche du symptôme primitif étant très-rapide dans cet âge tendre, et sa transformation en symptôme secondaire ayant lieu dans un temps très-court, il en résulte qu'on arrive rarement à le saisir sur place. D'où il suit que, quand c'est par un chancre et après la naissance qu'un enfant a pris la vérole, on observe à peu près toujours chez lui des symptômes franchement secondaires, lorsque sa mère ou sa nourrice n'en sont encore qu'à l'accident primitif.

Cette observation, j'ai été à même de la renouveler bien souvent, et je suis convaincu que, si ce fait de la rapidité de l'évolution syphilitique des tout jeunes enfants était plus connu, le jour ne tarderait pas à se faire dans bien des histoires de contagion de la syphilis secondaire entre les nourrices et les nourrissons.

Mais que ce soit du fait de ses parents qu'un enfant tienne la vérole, ou bien qu'il l'ait acquise accidentellement après la naissance, elle est manifeste, elle existe à l'état de symptômes secondaires, caractérisés par des altérations de la peau ou des muqueuses ; il s'agit d'en opérer la guérison. A quel médicament devra-t-on s'adresser? quel mode d'administration de ce médicament devra-t-on choisir?

Je n'hésite pas à dire que si, dans des cas très-exceptionnels, on voit des adultes être débarrassés à tout jamais d'une vérole constitutionnelle non douteuse, sans avoir fait aucun traitement spécifique, il n'en est plus de même chez l'enfant en bas âge. Il y aura bien, sous l'influence de simples soins hygiéniques, disparition complète de tous les symptômes; mais, à coup sûr, ils reparaîtront à plusieurs reprises, à des intervalles plus ou moins éloignés et avec plus ou moins d'intensité, jus-

qu'à ce que, la cachexie arrivant, l'enfant meure dans le marasme, ou par l'impossibilité où il est réduit de résister à quelque affection aiguë intercurrente.

Un de nos jeunes confrères rendant compte, il y a quelques années, de mon service dans un journal de médecine, me faisait dire qu'un enfant vérolé est un enfant mort. Je ne manque jamais depuis cette époque, quand je me trouve devant un fait de syphilis héréditaire, de protester contre cette parole, et les personnes qui suivent ma visite ont pu, dans maintes circonstances, en apprécier toute la fausseté et se convaincre, au contraire, de la puissance d'une thérapeutique bien entendue. Mais j'ai pu dire, et je le répète, qu'un enfant vérolé non traité, et non traité par le mercure, est un enfant mort, si ce n'est immédiatement, du moins dans un temps donné.

C'est donc au mercure qu'il faut s'adresser pour obtenir la guérison de la syphilis des enfants nouveau-nés, cela est hors de doute et sans conteste; mais par quelle voie le fera-t-on pénétrer dans l'économie? Ici est une question plus grave.

Lorsque le mercure entra dans la thérapeutique des maux vénériens, il fut administré à tous les âges, et l'on voit la plupart des syphilographes compter sur son efficacité pour guérir les enfants à la mamelle aussi bien que les adultes. Ainsi Nicolas Massa, Ogier Ferrier, Guyon Dolois, Rivière, de Blegny, Vercelloni, Bell, et beaucoup d'autres, sont d'avis que l'enfant à la mamelle peut, sans danger, subir le traitement mercuriel. Les uns et les autres en variant les préparations et le donnant à l'intérieur ou par la méthode endermique. C'est ce qui a constitué le traitement direct.

Le traitement indirect ou par la nourrice a été préconisé par bon nombre d'autres auteurs syphilographes ou accoucheurs qui, craignant l'influence du mercure sur des constitutions aussi faibles, aussi délicates que celles des enfants à la mamelle, et s'exagérant la gravité des accidents possibles, pensèrent qu'on les éviterait en faisant passer le médicament par le lait de la nourrice, de sorte que l'aliment naturel servirait en même temps et de nourriture et de traitement antivénérien, et ceux qui redoutèrent l'action du mercure sur des mères ou sur des nourrices qui ne présentaient aucun symptôme qui en réclamât l'usage, le firent prendre à des chèvres ou à des ânesses dont le lait était donné à ces enfants. Astruc, Fabre, Burton, Rosen, Faguier et Doublet, dans leurs ouvrages ou dans leurs mémoires spéciaux, se déclarent partisans du traitement indirect. L'accoucheur Levret ne doute pas que le lait mercuriel d'une nourrice assujettie au traitement pendant la lactation ne suffise à la guérison de l'enfant, tandis qu'au con-

traire il croit que celui-ci peut devenir hydropique, soit pendant le traitement, soit peu de temps après, si on emploie les différentes méthodes usitées chez l'adulte.

En voyant une confiance aussi grande dans le traitement indirect, il est assez naturel de penser qu'elle n'est pas le seul résultat du raisonnement, et qu'au contraire elle s'appuie sur des recherches qui auraient démontré la présence du mercure dans le lait des femmes ou des animaux auxquels on l'aurait administré. Il n'en est pourtant point ainsi, et la théorie du passage du mercure dans le lait n'a été pendant longtemps qu'une pure hypothèse, car on ne trouve nulle part, aussi bien dans les auteurs que je viens de nommer qu'ailleurs, la preuve qu'une analyse chimique ait jamais été faite sérieusement. A la vérité bien des sottises ont été admises touchant l'action du mercure sur l'économie, et si l'on pouvait croire à sa présence dans différentes parties organiques ou dans les sécrétions, on pouvait sans preuves l'admettre dans le lait. Mais qu'on jette un coup d'œil sur les auteurs qui ont rapporté quelques-uns de ces faits, et l'on verra quelle confiance ils peuvent inspirer. Ainsi, c'est Pétronius parlant d'un vénérien traité par les frictions mercurielles sur l'urine duquel, quand il venait de la rendre, on voyait surnager une infinité de globules de mercure. C'est Mussa Brassavole ayant vu un malade auquel des frictions mercurielles avaient été faites sur les bras et sur les cuisses, pris d'un vomissement abondant et qui, étonné de la pesanteur de la matière vomie, regarda dans le vase croyant y trouver une collection de pituite épaisse et ne vit rien autre chose qu'une grande quantité de mercure rejeté par l'estomac. C'est encore Gabriel Fallope affirmant que le mercure se trouve en quantité dans la salive des malades affectés de ptyalisme mercuriel, et disant que le moyen d'arrêter la salivation est de tenir un anneau d'or dans la bouche pour en soutirer le mercure. Cependant des assertions plus sérieuses ont été émises, et des auteurs d'un certain renom, tels que Zeller et Buchener, affirment avoir reconnu le métal dans la bile, dans le sang, dans la salive et dans l'urine de syphilitiques traités par le mercure; mais ces assertions ont été réfutées par des chimistes non moins recommandables. De nos jours encore on voit M. Colson, dans un mémoire très-bien fait, inséré dans les Archives de Médecine pour 1826, assurer avoir constaté la présence du mercure dans le sang d'individus qui en avaient fait usage, tandis que de son côté un observateur aussi consciencieux qu'habile, M. Devergie, n'a pu réussir par divers procédés à le reconnaître (Méd. légale).

La question en était là et l'analyse chimique n'avait encore rien démontré pour le lait, lorsque M. Péligot entreprit des recherches à cet

égard. Ce savant distingué a publié dans le numéro de novembre 1836 du Journal des Connaissances médico-chirurgicales, un mémoire sur la composition chimique du lait d'ânesse, et dans un passage où il traite de la mercurialisation de ce lait, voici ce qu'il dit : « J'ai fait de « nombreux essais dans le but de constater la présence du mercure « d'abord dans le lait d'une ânesse qui prenait chaque jour 5 grains de « sublimé corrosif, puis dans le lait d'une chèvre à laquelle on a pu « sans inconvénient administrer jusqu'à 12 grains. Malgré le soin « que j'ai mis à cette recherche et la variété des méthodes que j'ai em- « ployées, il m'a été impossible de constater la présence du métal que « je cherchais. Il ne faudrait pas en conclure assurément qu'il ne s'en « trouvait pas dans ces laits ; les meilleurs procédés pour en reconnaî- « tre de très-faibles quantités laissant beaucoup à désirer. »

Lorsque je pris le service des nourrices à l'hôpital de Lourcine, je n'avais pas étudié d'une manière spéciale la question du traitement antivénérien des enfants à la mamelle, et adoptant les idées généralement admises, je traitai un certain nombre d'enfants indirectement par leur nourrice; mais je fus bientôt découragé des tristes résultats que me donnait ce traitement, et j'en arrivai à me demander si le lait des femmes que je soumettais au mercure en renfermait réellement. Je priai M. Lutz, alors pharmacien en chef de l'hôpital, de me faire quelques analyses, et j'appris de lui, comme ensuite de mon honorable collègue M. Huguier, qui m'avait précédé immédiatement dans le service, que l'un et l'autre s'étaient déjà livrés à de pareilles recherches et qu'ils n'avaient jamais obtenu que des résultats négatifs. M. Lutz ne fut pas plus heureux avec le lait que je lui soumis et qui provenait de femmes traitées, les unes par la liqueur de Van-Swieten, d'autres par le proto-iodure de mercure, plusieurs par les frictions d'onguent napolitain.

Cependant, toujours préoccupé de cette question, je la repris dans le courant de l'année dernière, et cette fois je fus puissamment secondé par M. Réveil, notre pharmacien en chef, qui mit dans ces recherches l'empressement le plus louable.

Puis, comme il est difficile d'obtenir une certaine quantité de lait d'une femme qui a un enfant à nourrir, et que l'on disait qu'avec une masse de lait plus grande on arriverait probablement à un résultat positif, je me procurai une chèvre jeune, bien portante, qui avait mis bas récemment, et je commençai des expériences. Je transcris le résumé des notes de M. Réveil, et le procédé qu'il a employé dans les diverses analyses de lait de femme et de lait de cette chèvre.

« Plusieurs procédés ont été successivement indiqués pour constater la présence du mercure dans le lait ; adoptant les idées de M. Mialhe sur

l'absorption des préparations mercurielles, j'ai pensé que le sublimé corrosif devait contracter, avec les matières caséeuses, des combinaisons insolubles, dans lesquelles les propriétés du métal étaient masquées ; il fallait donc, dans les recherches, s'attacher à détruire ces combinaisons et à ramener le métal à l'état de bichlorure.

« Dans d'autres circonstances, le procédé que M. Millon a indiqué pour rechercher les divers métaux dans le sang m'avait parfaitement réussi ; j'ai voulu l'appliquer à la découverte du mercure dans le lait, et j'ai vu avec plaisir que, de tous les procédés consignés dans les ouvrages, celui que j'ai employé est celui qui m'a toujours le mieux réussi. Voici comment j'ai opéré.

« Le lait a été agité dans des flacons pleins de chlore gazeux, jusqu'à ce que la matière animale fût parfaitement détruite ; à ce moment le liquide, filtré et *chauffé très-légèrement* pour chasser l'excès de chlore, était ensuite traité par l'éther sulfurique dans le but d'enlever le bichlorure de mercure; l'éther surnageant étant décanté et abandonné à l'évaporation spontanée, il suffisait alors de reprendre le résidu par l'eau distillée, filtrer de nouveau et constater dans le liquide la présence du mercure par l'acide sulfurique et par la lame de cuivre.

« Dans le cours de ces recherches j'ai constaté la supériorité de la lame de cuivre jaune sur celle de cuivre rouge, et surtout sur les fils d'or ou la pile de Smithson; cependant je dois ajouter que j'ai toujours employé simultanément les lames de cuivre jaune et rouge; enfin, pendant que les liqueurs étaient traitées par l'éther, les lames de cuivre étaient plongées dans le liquide.

« A l'aide de ce procédé, voici les résultats que j'ai obtenus.

« Le 24 avril 1851. 100 grammes de lait de femme atteinte de salivation mercurielle abondante à la suite de frictions faites avec l'onguent mercuriel double : *résultat négatif*.

« Le 27 avril. Même quantité de lait provenant de la même femme : *même résultat*.

« Le 29 avril. 100 grammes de lait de même origine traité par le même procédé m'ont donné de grandes quantités de mercure; j'appris le lendemain qu'on y avait mélangé à mon insu une cuillerée à café de liqueur de Van-Swieten, soit environ 6 milligrammes de sublimé corrosif.

« J'ai aussi opéré par le même procédé sur la salive d'une femme chez laquelle une salivation abondante s'était déclarée à la suite de l'administration du proto-iodure de mercure; le résultat a encore été négatif.

« Lait de chèvre. Le 10 avril, nous avons fait prendre à une chèvre

0,05 centigrammes de sublimé corrosif dissous dans de l'eau et mélangé à du son ; le lendemain le lait ne renfermait pas de mercure, j'avais opéré sur le lait fourni dans les vingt-quatre heures.

« Les 11 et 12 avril. Même dose de sel mercuriel ; même résultat à l'analyse.

« Le 13, la dose a été portée à 0,07 centigrammes, et comme la chèvre refusait déjà l'eau de son, c'est dans du pain que le sublimé corrosif lui a été administré ; le lait du lendemain ne renfermait pas de mercure.

« Le 14, la chèvre refuse de manger du pain; 0,10 centigrammes de sublimé lui sont administrés dans du tabac qu'elle mange avec avidité; le lait des vingt-quatre heures ne contenait pas de mercure.

« Le 15, même résultat.

« Le 16, même dose et même mode d'administration; mais l'animal, déjà souffrant depuis la veille, mange le tabac avec répugnance, la sécrétion lactée est considérablement diminuée depuis deux jours.

Le 16, dans l'après-midi, la chèvre est très-triste, il y a abattement, prostration des forces, fièvre ; la personne qui la soigne a cru remarquer une coloration noire très-prononcée des pis ; la langue, les gencives ne présentent rien de particulier, cependant la bouche est écumeuse ; dans la soirée du 16, on parvient avec peine à extraire 125 grammes de lait qui, soumis à l'analyse, nous a fourni des taches notables de mercure et un précipité par l'acide sulfhydrique, ce qui ne nous permet pas de douter de la présence d'une petite quantité de ce métal.

« Le 17, la chèvre refuse toute espèce d'aliments. Les jours suivants la fièvre continue, et l'animal mange peu; le 22, elle est tout à fait rétablie, mais il est impossible de lui faire prendre du sublimé corrosif, quel que soit l'aliment avec lequel on le mélange; je me décide à lui administrer le calomel mêlé à des quantités très-grandes de sel marin.

« Le 23 avril. 0,30 centigrammes de calomel mêlé à du chlorure de sodium sont avalés par la chèvre, qui mange ce mélange avec plaisir; le lait du lendemain ne donne rien à l'analyse.

« Le 24, même dose, même résultat.

« Le 25, la dose de calomel est portée à 0,50 centigrammes; le lendemain le résultat est encore négatif.

« Le 26, à la suite de l'administration de 0,75 centigrammes de calomel, les accidents d'intoxication qui s'étaient manifestés dans la journée du 16 apparaissent de nouveau avec plus d'intensité; nous obtenons avec peine 100 grammes de lait très-épais qui, soumis à l'analyse, nous a donné des quantités très-appréciables de mercure; le lendemain nous en trouvons encore dans 50 grammes de lait. Toute la journée du

27 l'animal est très-triste et refuse tout aliment, la sécrétion lactée est complétement tarie, la fièvre est très-forte; cet état dure pendant les journées des 28, 29 et 30; le 2 mai, la chèvre mange avec plaisir, mais aussi avec grande défiance; le lait devient bientôt abondant, mais il ne contient pas de mercure. »

Ainsi, rien dans le lait de la femme, chez laquelle pourtant le mercure avait agi énergiquement, puisqu'il y avait salivation. Rien dans celui de la chèvre pendant les premiers jours, et ce n'est que lorsque l'animal est dans un état grave d'intoxication mercurielle qu'on trouve quelques traces de mercure qu'assurément il serait impossible de doser.

Dira-t-on que le procédé a été vicieux? Mais d'abord il a été suffisant à reconnaître le mercure dans le lait de la chèvre, alors qu'elle en était saturée; ensuite, voici un fait qui vient encore prouver en sa faveur. Je mis un jour, à l'insu de M. Réveil, une petite cuillerée à café de liqueur de Van-Swieten dans 100 grammes de lait de femme, qui, l'avant-veille, n'avait rien donné à l'analyse. M. Réveil le soumit à son procédé, et le lendemain il m'annonça avec une grande joie qu'il avait trouvé beaucoup de mercure. Je dus m'excuser d'une supercherie qui lui donnait un désappointement scientifique, mais qui pourtant lui prouvait que sa manière d'opérer était probante.

En même temps que ces expériences étaient en cours d'exécution à Loureine, je priai M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, et préparateur à l'Ecole de pharmacie, avec lequel j'avais plusieurs fois agité la question de la mercurialisation du lait, alors qu'il était élève dans mon service; je le priai, dis-je, d'entreprendre de son côté quelques recherches. Je lui procurai un litre environ du lait d'une femme qui avait pris pendant deux mois, chaque jour, 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, et un autre litre provenant d'une femme qui, depuis un mois, faisait des frictions mercurielles.

M. Personne a fait connaître, dans un mémoire soumis actuellement au jugement de l'Académie de médecine, le procédé nouveau d'analyse qu'il a mis en usage; il a bien voulu m'en donner le résumé dans la note qui suit :

« De nombreuses expériences m'ayant prouvé l'extrême volatilité du mercure à l'état de *bichlorure*, j'acquis, dit-il, la certitude que la température à laquelle on détruisait les matières organiques à l'aide de l'eau régale et du chlore, dans la recherche du mercure, était suffisante pour faire perdre la petite quantité de cet agent qui pouvait se trouver dans les matières soumises à l'expérience, et particulièrement dans le lait. J'ai voulu me mettre complétement à l'abri de cette cause de perte, en évitant absolument la chaleur.

« Voici comment j'ai opéré :

« Le lait est traité par un courant prolongé de chlore à froid jusqu'à ce que la matière caséeuse, bien séparée, soit devenue tout à fait friable. Le liquide est alors filtré; puis, après en avoir éliminé le chlore en excès, à l'aide de l'acide sulfureux ou d'un sulfite, on le sature par l'hydrogène sulfuré, qui précipite le mercure à l'état de sulfure.

« Cette précipitation est assez lente à se faire ; aussi faut-il pour cela renfermer la liqueur saturée d'hydrogène sulfuré dans un flacon bouché, et laisser bien déposer. Le précipité est lavé par décantation à plusieurs reprises, et enfin réuni dans une petite capsule, et séché au bain-marie. On l'introduit ensuite au fond d'un tube de verre bouché et peu fusible; on le recouvre de petits fragments de chaux vive, puis l'extrémité ouverte du tube est étirée en un très-léger tube en U.

« Il suffit alors, pour mettre le mercure en liberté, de chauffer au rouge le tube ainsi disposé, en commençant d'abord par la chaux, et allant successivement jusqu'au précipité mercuriel qui se réduit en vapeur et est décomposé par la chaux qui s'empare du soufre, tandis que le métal mis en liberté va se condenser en très-petits globules dans le petit tube en U, qu'on a eu soin de refroidir pendant l'opération.

« En opérant ainsi, j'ai obtenu de très-petits globules mercuriels avec lesquels j'ai fait des taches blanches sur des lames d'or, taches qui disparaissaient par la chaleur, caractère qui, dans ces circonstances, ne peut appartenir qu'au mercure. »

D'après ces analyses chimiques, dans lesquelles on ne trouve que des quantités infinitésimales de mercure, devra-t-on s'étonner et des résultats désastreux que m'a donnés le traitement indirect, et de la tergiversation des auteurs qui ont blâmé le traitement direct, préférant celui par la nourrice, et qui, plus tard, sont revenus au premier? Ainsi, Faguier et Doublet qui, dans un premier mémoire, vantaient beaucoup le traitement indirect, vaincus probablement par l'évidence des faits, rétractèrent leurs éloges et ne craignirent pas de donner le mercure aux enfants. Il faut dire que ces deux auteurs étaient à la tête d'un hôpital qui avait été créé tout exprès pour instituer le traitement indirect. Cet hôpital était celui de Vaugirard ; il fut ouvert en 1780 par les soins du lieutenant de police Lenoir. A cette époque, l'opinion était très-partagée sur le meilleur traitement des enfants syphilitiques à la mamelle, et la croyance était entière dans la transmission possible des symptômes secondaires entre les nourrissons et les nourrices. On n'admit dans cet établissement que des nourrices infectées ou des femmes

grosses également vénériennes et sur le point d'accoucher; de façon que ces femmes pouvaient allaiter des enfants étrangers syphilitiques, sans danger de gagner une maladie qu'elles avaient déjà, et pouvant donner à ces enfants un lait médicamenteux par le traitement qu'elles étaient obligées de subir pour elles-mêmes.

Ce petit hôpital de Vaugirard subsista pendant douze ans, doté d'abord par un impôt mis sur les Jeux, puis par les revenus des pèlerins de Saint-Jacques. Il fut ensuite entretenu par l'administration de l'Hôpital général jusqu'à l'ouverture de l'hôpital des Capucins (hôpital du Midi), dans lequel il vint se fondre.

Bertin, qui fut médecin de la division des nourrices à l'hôpital des Capucins et qui, comme on le sait, a écrit un très-bon livre sur la syphilis des enfants, inclina pendant longtemps pour le traitement indirect; mais on voit que sa foi est assez chancelante, et il avoue même que bien souvent, sous son influence, les symptômes ne font que s'adoucir ou disparaître, pour se manifester de nouveau plus tard. Il va même jusqu'à regretter de n'avoir pas mis plus souvent en pratique le traitement direct, car il a eu à s'en louer.

Il semble enfin que ce soit pour ne pas donner un démenti complet aux théories qui avaient fait préférer le traitement indirect, que quelques auteurs conseillent encore de le faire, mais en administrant en même temps le mercure à l'enfant, comme si un semblable compromis n'était pas bien suffisant pour juger la valeur de cette méthode.

Quant au traitement par le lait d'une ânesse ou d'une chèvre mercurialisées, qu'on pourrait supposer plus efficace parce qu'une plus grande quantité de mercure est administrée à la fois à ces animaux, les recherches de M. Péligot, qui n'en pas trouvé, les analyses de M. Réveil, qui ne lui en ont donné que des traces, sont assurément bien faites pour en démontrer l'insuffisance; et malgré l'historiette de Swédiaur, il est rationnel de croire que le lait de vache, d'ânesse ou de chèvre mercurialisées, donné à des enfants à défaut de celui de femme, ne doit son efficacité qu'à ses qualités nutritives plutôt qu'à des propriétés médicamenteuses. L'éminent syphilographe que je viens de nommer raconte qu'il est à sa connaissance qu'il y a en Europe une famille régnante dont tous les enfants sont nés avec le germe vérolique dans le corps, et dont aucun n'a survécu jusqu'à ce qu'on se soit déterminé à administrer le mercure à l'ânesse qui fournissait le lait pour la nourriture du dernier enfant (Swédiaur, tome II, chap. 1). Otez ici le merveilleux de la famille régnante, et vous avez le fait très-ordinaire d'un enfant qui doit la vie à un simple changement d'hygiène. Ces cas-là ne sont pas rares.

J'ai dit en commençant que, chez les jeunes enfants, la syphilis suivait une marche très-rapide ; je dois insister sur ce point, car on voit souvent des enfants de mères syphilitiques naître avec l'apparence de la meilleure santé, être pris à l'âge d'un mois ou six semaines de symptômes caractéristiques, arriver au bout de peu de jours à un état grave, et mourir dans un laps de temps très-court, si on laisse marcher leur maladie sans la traiter. Je demande quelle confiance il est permis, dans ces cas, d'accorder au traitement par la nourrice, dont le lait ne renfermera que des proportions très-minimes de mercure, et qui encore n'en renfermera qu'après un certain nombre de jours de son administration.

En général, à une maladie à marche rapide, il faut un traitement énergique. Ici, le moyen de l'obtenir plus sûrement, c'est de donner le mercure à l'enfant même, sans craindre son état de faiblesse et en ne perdant pas de vue, au contraire, que plus il est malade, plus grande est la nécessité de le traiter vigoureusement.

On m'objectera sans doute que, chez ces petits êtres, toute l'économie est prise, que leurs organes digestifs surtout sont dans un état de souffrance que ne feraient qu'augmenter les préparations mercurielles. Cette objection est de toute justesse, et c'est parce qu'elle m'a frappé depuis longtemps que j'ai à peu près banni de ma thérapeutique le mercure à l'intérieur chez les enfants à la mamelle, et que je me trouve très-bien de l'administrer par la méthode endermique, en frictions et en bains. Je ne prétends pas que le mercure, pris par la bouche, n'ait rendu de grands services ; il a été conseillé par des auteurs trop recommandables, il est actuellement encore prescrit par des praticiens trop haut placés dans la science pour qu'il soit permis de ne pas ajouter foi aux résultats qu'ils disent en avoir obtenus ; mais bien certainement il ne peut trouver son application que dans des affections à marche plus lente, et alors que la constitution n'est pas encore trop délabrée, ou bien lorsque, les progrès du mal ayant été enrayés par la méthode endermique, il y a quelque obstacle à sa prolongation, l'emploi du mercure étant cependant encore indispensable.

On ne peut guère administrer le mercure à l'intérieur aux enfants que dissous ou suspendu dans un liquide, car il est difficile de le leur donner sous forme de pilules. C'est, en général, au sublimé qu'on a recours, et on le donne dans du lait, dans une émulsion, dans du sirop ou dans du miel, à la dose d'un vingt-quatrième, d'un vingtième ou d'un seizième de grain. Quelques auteurs ont conseillé le calomel, à la dose de dix à quinze centigrammes par jour ; mais, de toutes les préparations mercurielles, c'est sans contredit celle-là qui a le plus d'in-

convénients ; car elle purge promptement, et son action antisyphilitique devient tout à fait nulle.

On peut certainement ainsi, et à doses très-minimes, administrer aux enfants à la mamelle à peu près toutes les préparations mercurielles qu'on emploie chez les adultes.

Depuis longtemps on a observé le peu d'action du mercure sur la bouche des enfants, et cela tout aussi bien quand ils le prennent à l'intérieur que lorsqu'ils l'absorbent par la peau ; mais ce qui fait le danger de ce médicament à l'intérieur, c'est son influence fâcheuse sur l'estomac et sur les intestins. J'ai vu des enfants être pris de vomissements opiniâtres après des doses très-légères, et, ce que j'ai toujours vu prédominer, c'est l'entérite, qui enlève la plupart des enfants traités de cette manière. Aussi est-ce en vue de prévenir des accidents aussi fâcheux que j'ai remis en vigueur la méthode endermique, qu'à mon sens on a trop délaissée depuis un certain nombre d'années; et voici comment je procède à l'administration du mercure de cette façon : après avoir baigné l'enfant à l'eau de son plusieurs fois, afin de calmer l'inflammation qui peut exister, et afin aussi de prédisposer la peau à une absorption plus facile, je fais faire, sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction avec un gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Ces frictions doivent être faites doucement, afin de ne pas irriter la peau ; elles doivent être prolongées pendant plusieurs minutes.

Deux fois par semaine je fais suspendre les frictions, et ce jour-là je donne à l'enfant un bain d'eau tiède, dans lequel je fais ajouter de deux à quatre grammes de sublimé corrosif.

Pour les enfants de deux mois à un an, le traitement, tel que je l'indique, suffit en général, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose de l'onguent mercuriel et du sublimé ; mais quand les enfants sont plus âgés, on peut sans inconvénient porter la dose de la friction à deux grammes, et celle du sublimé à six grammes par bain.

Ma confiance dans les bains mercuriels est beaucoup plus grande pour les enfants que pour les adultes, auxquels même je ne les prescris presque jamais, tant je trouve leur action incertaine ; ce qu'il faut probablement attribuer à la différence de sensibilité de la peau, suivant les âges. Je ne fais qu'un reproche à ces bains chez les enfants, et ce reproche prouve précisément en faveur de leur efficacité, c'est qu'employés tous les jours ils font disparaître les symptômes trop vite, et qu'aussi bien à l'hôpital qu'en ville, les parents, ne voyant plus de manifestations morbides, croient facilement à une guérison complète et cessent le traitement, malgré les représentations qu'on peut leur

faire. Aussi, qu'arrive-t-il? c'est que quand on veut trop se presser d'effacer le symptôme, on ne guérit pas le principe spécifique, et qu'on a des retours d'un mal qui n'a été qu'effleuré, si je puis ainsi dire.

Il est très-rare que les frictions mercurielles, faites avec les précautions dont je parle, déterminent des accidents locaux d'érythème ou d'éruption vésiculeuse; on comprendra, d'ailleurs, qu'en conseillant de les faire sur les parties latérales du thorax, j'ai eu en vue et d'agir sur une surface large, et d'éviter l'action de la pommade hydrargyrique sur des parties où la peau est presque toujours salie et irritée par l'urine ou les matières fécales, comme les jambes ou les cuisses.

Lorsque les parties génitales et l'anus sont, ainsi que cela est très-fréquent, le siége de plaques muqueuses ou d'ulcérations à sécrétion abondante, je les touche quelquefois avec une solution de nitrate d'argent, 4, 6 ou 8 grammes pour 32 grammes d'eau. Mais si la sécrétion est modérée, ou qu'il n'y ait que des tubercules secs, je me contente de lotions d'eau de son, de guimauve, de sureau; mais je fais toujours saupoudrer les surfaces avec de l'amidon, de la farine ou du lycopode, et, autant que possible, je les isole les unes des autres avec du linge sec ou de la charpie.

Quand c'est la peau du visage qui est prise, et il ne faut pas oublier que chez les tout jeunes enfants l'impétigo facial syphilitique est fréquent, on emploiera les mêmes lotions; mais, de plus, les parties malades étant ici exposées à l'air, et la dessiccation s'en faisant facilement, ce qui détermine des déchirures et des fissures très-douloureuses pendant les cris ou l'action de téter, on devra, le plus souvent possible, les recouvrir d'un corps gras quelconque, pommade de concombres, cérat ordinaire, cérat opiacé ou au calomel.

Si maintenant il me fallait donner des observations à l'appui de la méthode de traitement que je propose, je n'aurais que l'embarras du choix. J'ai fait voir cette année à mes deux honorables et excellents collègues de Lourcine, MM. Gosselin et Legendre, des enfants qui arrivaient à l'hôpital dans un état affreux et qui, au bout de quinze jours, de trois semaines, d'un mois de traitement, n'étaient plus reconnaissables. Je citerai un cas tout récent, qui est pour moi d'une grande valeur; le voici aussi abrégé que possible : une jeune femme syphilitique pendant une première grossesse accouche d'un enfant bien portant qui, au bout de cinq semaines, est pris d'accidents secondaires bien tranchés. Je le traite directement par les frictions et les bains mercuriels, la guérison a lieu et elle se maintient bonne. Deux ans se passent sans manifestations vénériennes chez la mère : nouvelle grossesse, accouchement d'un enfant assez chétif, qui naît avec une bulle de pemphy-

gus sur le côté gauche du thorax sans en présenter ni aux pieds ni aux mains, qui à six semaines se couvre de plaques muqueuses, de pustules d'impétigo, et qui en peu de temps arrive à un état de cachexie extrême. Cet enfant fut conduit à l'un de nos honorables confrères, médecin des plus distingués des hôpitaux et professeur à la Faculté, qui, reconnaissant avec juste raison la nécessité d'un traitement mercuriel à la mère, le lui prescrivit en déclarant qu'il serait suffisant pour guérir l'enfant qui, d'ailleurs, ne présentait que fort peu de chances de guérison et qui était trop faible pour supporter le traitement direct. Cependant la mère, effrayée de cette sentence et se rappelant les bons résultats qu'avait eus pour son premier enfant le traitement que je lui avais fait subir, m'amena celui-ci. Je déclarai que le cas me paraissait extrêmement grave, mais que s'il y avait quelques chances de vie pour cet enfant, elles étaient dans un traitement administré directement et immédiatement. Ce jour-là même on fit une friction avec 1 gramme d'onguent napolitain; on la continua sans interruption pendant trois semaines, au bout desquelles les symptômes s'étaient singulièrement amendés; l'enfant a repris de la force, l'état cachectique disparaît, et tout fait présager une terminaison heureuse. Jusque-là je n'avais pas donné de bains de sublimé, et à cause du temps froid qu'il faisait, et à cause de la faiblesse extrême de ce petit malheureux. Il est actuellement en état de les supporter, et ils contribueront à hâter la cicatrisation de quelques ulcérations qui existent encore. L'enfant a été montré ces jours-ci au confrère qui l'avait vu lors de l'apparition de sa maladie, et j'ai été d'autant plus heureux de cette circonstance, qu'un de mes élèves qui porte un nom cher à la science, le docteur Dugès, de Montpellier, soutenant il y a quelques mois sa thèse sur le traitement des enfants syphilitiques, avait pour juge ce même confrère qui se déclarait partisan du traitement par la nourrice.

J'emprunte encore à ma pratique le fait suivant, qui prouve d'une manière péremptoire la supériorité du traitement direct. Mme X. est infectée par son mari le jour même de son mariage; elle devient enceinte immédiatement, et à deux mois de grossesse elle est couverte de plaques muqueuses, de taches cuivrées, de boutons croûteux dans le cuir chevelu, avec perte des cheveux. Un traitement par les pilules de Dupuytren est prescrit, mais il est fort mal suivi. Mme X. accouche à terme d'une petite fille très-bien portante. A trois semaines, tubercules plats à l'anus et à la vulve : soins de propreté pour l'enfant, traitement mercuriel à la mère qui nourrit. Au bout d'un mois tout a disparu. A six mois, nouvelle apparition de tubercules à l'enfant; nouveau traitement mercuriel à la mère, bien que depuis l'époque de sa

grossesse il n'y ait eu aucune manifestation. Au bout d'un mois encore guérison de l'enfant. A un an, nouvelle apparition de plaques muqueuses aux parties génitales et à l'anus, mais de plus, cette fois, éruption pustuleuse de la face, dérangement dans les fonctions du ventre et tendance à la cachexie. C'est alors que je fus consulté. Je proposai d'emblée le traitement direct, mais les parents ne voulurent jamais y consentir, prétendant que le mercure donné de cette manière tuerait leur enfant; on ne voulut même pas permettre quelques bains de sublimé. Je dus céder ; mais comme le lait de la mère devenait rare, je fis donner à l'enfant une nourrice à laquelle je fis prendre la liqueur de Van-Swieten. Ce traitement fut scrupuleusement suivi pendant trois mois, après lesquels la petite fille était très-bien portante ; tout symptôme avait disparu, et ce qui me donnait bon espoir, c'est que la disparition s'était faite moins vite que les deux fois précédentes. L'enfant fut sevrée, elle avait alors quinze mois. A deux ans elle fut prise d'une fièvre éruptive mal caractérisée et pour laquelle je ne la vis pas; mais je dus penser que c'était une roséole aiguë, lorsque je constatai, alors que tout état fébrile avait disparu, quelques taches jaunâtres sur le ventre et sur la poitrine, et lorsque j'assistai à la manifestation successive de plaques muqueuses aux organes génitaux, à la bouche et au nez, et de pustules d'ecthyma sur diverses parties du corps. Cette fois les parents étaient bien édifiés sur la vertu du lait mercurialisé; d'ailleurs l'enfant était sevrée, il fallait bien agir directement. Je donnai une solution de sublimé, à la dose d'un seizième de grain, que je portai même à un quart de grain, et je fis prendre tous les cinq jours un bain additionné de quatre grammes de sublimé. Au bout de six semaines tout avait disparu, mais je continuai le même traitement six autres semaines encore. Il y a maintenant huit ans de cela; la petite fille, qui en a dix, est une charmante enfant, fraîche et rose, qu'on ne supposerait pas avoir été tourmentée au commencement de sa vie par une maladie aussi tenace.

Je résume ce travail en disant :

Le traitement indirect ou par la nourrice est insuffisant par le peu de mercure que contient le lait; il est dangereux par le temps précieux qu'il fait perdre dans une maladie à marche rapide et qui peut avoir promptement une issue funeste.

Le traitement direct est seul efficace; il peut être fait par l'administration du mercure à l'intérieur ; mais le moyen le meilleur et le mieux approprié à l'état des organes digestifs, c'est celui par l'absorption cutanée en frictions avec l'onguent napolitain, et en bains avec le sublimé corrosif.

CULLERIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT APPLICABLE A CERTAINS CAS D'ÉPIPHORA DÉPENDANT DU RENVERSEMENT EN DEHORS OU DE L'OBLITÉRATION DES POINTS LACRYMAUX.

Par le docteur W. BOWMAN, professeur d'anatomie pathologique au Collége royal et chirurgien adjoint de l'hôpital ophthalmique de Londres.

La cause la plus commune qui met obstacle au passage des larmes dans la cavité nasale est certainement l'épaississement inflammatoire de la membrane muqueuse des canaux excréteurs, avec accumulation de sécrétion morbide dans l'intérieur du sac. Mais il est d'autres causes, affectant aussi les points ou les conduits lacrymaux, qui peuvent également empêcher le passage des larmes, et devenir le point de départ d'un épiphora aussi fatigant et aussi désagréable que dans le cas précédent. C'est sur les épiphoras de cette dernière espèce que je désire appeler l'attention, et en particulier sur ceux qui reconnaissent pour cause, soit les déplacements en dehors des points lacrymaux, de l'inférieur ordinairement, soit l'oblitération des points ou des conduits lacrymaux, consécutive à des lésions mécaniques ou à des ulcérations.

De ces déplacements des points lacrymaux, il en est un assez fréquent, qui accompagne l'ectropion. La membrane muqueuse de la paupière est épaissie, et revêt souvent les caractères du tégument externe. Le bord tarsien de celle-ci, y compris la portion surmontée par le point lacrymal, s'aplatit et s'arrondit ; de sorte que le point lacrymal se trouve déjeté en dehors du trajet des larmes. La membrane muqueuse du conduit et du sac lacrymal participe souvent elle-même à l'épaississement inflammatoire.

Le traitement de ce déplacement peut se résoudre quelquefois en totalité dans celui de l'ectropion ; et le point lacrymal, étant rétabli autant que possible dans sa situation normale, peut reprendre, en grande partie, ses fonctions. J'ai même remarqué que, dans quelques cas d'ectropion d'ancienne date, bien que le point lacrymal continue à être déplacé, le larmoiement se calme peu à peu, sans doute parce que la membrane muqueuse perd sa sensibilité, à la suite d'une longue exposition à l'air, et tend à revêtir lentement les caractères de la peau. Toutefois, il est assez singulier que ces malades souffrent aussi peu de cet obstacle à l'écoulement des larmes, et que l'on ne voie reparaître le larmoiement que lorsque la sécrétion est augmentée par un grand froid, ou par toute autre cause accidentelle.

Dans d'autres cas, il arrive que, après la guérison de l'ectropion, par suite de l'une des opérations recommandées en pareil cas, l'épiphora persiste, soit que le point lacrymal conserve un léger déplacement, soit que, entouré par les tissus tuméfiés, il ait subi une altération irréparable dans sa structure. S'il était prouvé que, dans ce dernier cas, le sac lacrymal ne présente aucune altération, le mode de traitement que je vais bientôt faire connaître serait également applicable à cet épiphora.

Mais il est un autre déplacement du point lacrymal beaucoup plus simple que celui qui accompagne l'ectropion, et qui, en ce qui touche l'arrêt des larmes au devant de l'œil, est même beaucoup plus incommode pour la vision, par cela que les larmes, s'accumulant au devant de la cornée, occasionnent de fausses réfractions de la lumière, ce qui est assez rare dans l'épiphora de l'ectropion; de plus, la sécrétion des larmes semble maintenue dans ses limites habituelles, et ne diminue pas, comme il arrive souvent dans l'ectropion chronique.

Il faut un examen attentif et minutieux pour découvrir la cause de l'épiphora dans ces derniers cas : la paupière peut être en contact avec le globe de l'œil, et tout au plus s'en éloigne-t-elle un peu dans certaines situations, par exemple, lorsque l'œil est tourné en haut. Toutefois, la saillie naturelle sur laquelle est placé le point lacrymal fait défaut, et à sa place on aperçoit une surface cutanée, aplatie ou arrondie, sur laquelle on peut distinguer, bien qu'avec difficulté, son orifice, situé à une petite distance de la surface muqueuse de la paupière, fortement réduit de volume, n'étant plus baigné par les larmes, mais bien sec et contracté.

Lorsqu'on a découvert le siége de l'orifice, on peut aisément introduire un stylet jusque dans le sac, qui est vide lui-même; ce qui prouve l'intégrité de l'appareil des larmes, excepté en ce qui regarde la position du point lacrymal.

Il peut donc y avoir au moins deux causes à ce déplacement du point lacrymal : 1° une inflammation chronique légère de cette partie de la conjonctive située au voisinage du point lacrymal, déterminant un épaississement de cette partie de la membrane, et par suite son renversement avec celui du point lacrymal. (Cette inflammation peut exister seule ou être unie à une ophthalmie chronique.) 2° Une affection chronique de la paupière inférieure, ressemblant un peu à l'eczéma, par suite de laquelle il se produit une rétraction modérée, mais générale de la paupière, et un renversement du point lacrymal en dehors.

C'est un fait bien remarquable, qu'un déplacement extrêmement lé-

ger de la paupière en dehors suffit pour suspendre les fonctions du point lacrymal inférieur. Voici de quelle manière il me semble qu'on peut en rendre compte : les points lacrymaux sont placés naturellement, ou bien sur la face conjonctivale de la paupière, comme chez quelques animaux inférieurs ; ou bien, comme chez l'homme, dans le point où la peau et la conjonctive se réunissent. Or, la peau diffère de la membrane muqueuse en ce que les couches superficielles de l'épiderme sont rendues grasses par la présence de la sécrétion sébacée, de sorte qu'elles chassent l'eau, comme le ferait un papier graisseux ; tandis que la partie correspondante de la membrane muqueuse est humide, et que l'eau y adhère librement. Si nous appliquons cette donnée aux paupières et à l'écoulement des larmes, nous voyons que celles-ci doivent être dirigées vers les points lacrymaux et pénétrer dans leurs orifices ; mais si la peau n'était pas grasse jusqu'au bord des paupières, les larmes pourraient peut-être bien franchir le rebord tarsien et s'écouler sur la joue. A la vérité, la peau des paupières est excessivement mince et délicate ; elle manque de follicules sébacés ; mais, en revanche, il existe, au niveau de la ligne de jonction de la peau avec la membrane muqueuse, un grand nombre de follicules sébacés, destinés à verser leur sécrétion sur le bord de la paupière, c'est-à-dire dans le point où les larmes font continuellement effort pour s'épancher au dehors, et, par conséquent, dans lequel il est le plus essentiel que la peau soit grasse. Les glandes de Meibomius ne me paraissent donc pas destinées à prévenir, comme le supposent les anatomistes, l'agglutination des paupières lorsqu'elles sont fermées (ce qui n'aurait pas lieu dans ce point plutôt que dans tout autre, qu'il y ait ou non de la matière sébacée), mais bien à maintenir la surface de l'épiderme, voisine du bord de la paupière, dans cet état graisseux qui empêche les larmes de s'écouler sur la joue. J'ajouterai que l'usage probable de cette glande sébacée, qu'on appelle la caroncule, est de rejeter les larmes dans une petite cavité située au-dessus d'elle, où elles peuvent être prises par les points lacrymaux ; car même le point lacrymal inférieur glisse et s'élève au-dessus de la caroncule, dans le mouvement de clignotement des paupières. Il semble que ce point lacrymal, bien que situé sur les confins de la peau et de la membrane muqueuse, possède seulement les caractères de cette dernière : son bord externe est toujours humecté par les larmes, et ne présente rien de graisseux ; la surface muqueuse située à son côté interne, et par laquelle les larmes l'abordent, est également humide et conjonctivale. Or, dans les cas sur lesquels j'ai appelé tout à l'heure l'attention, le point lacrymal a son bord externe graisseux et cuticu-

laire, par suite de son déplacement et de son exposition à l'air, et la membrane située à son côté interne présente des changements analogues, de sorte que les larmes qui ne peuvent arriver jusqu'à lui ne le baignent plus, mais se rassemblent sous forme de goutte, au niveau de la caroncule ; et si le point lacrymal est refoulé en arrière, jusqu'au contact avec les larmes, son bord repousse immédiatement l'humidité, et ne peut plus être humecté, comme autrefois. Dans quelques cas, il suffit d'une transformation de la conjonctive dans l'étendue d'un soixantième de pouce, au niveau du point lacrymal, pour que les fonctions de celui-ci soient totalement suspendues.

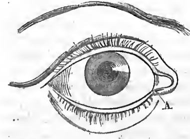
J'avais vu des épiphoras de ce genre résister à toute espèce de traitements, même à ceux qui semblaient le plus rationnellement indiqués, tels que l'excision d'une portion de la membrane muqueuse ; lorsque deux faits observés par moi, à peu de distance l'un de l'autre, vinrent me donner l'idée de tenter une opération nouvelle. Le premier de ces faits était relatif à une femme de quarante-trois ans, affectée d'une ophthalmie chronique de l'œil gauche, et chez laquelle la paupière supérieure était un peu déformée entre le point lacrymal et le sac, à la suite d'une lésion physique, qui remontait à son enfance. Le canal lacrymal avait été divisé complétement en travers. Les deux orifices étaient restés ouverts ; de sorte qu'on pouvait introduire un stylet, soit dans l'orifice inférieur, qui était assez ample, et pénétrer par là dans le sac, soit dans le point lacrymal et par là dans l'orifice supérieur, au voisinage de la caroncule. Malgré ces altérations, *il n'y avait pas d'épiphora*. Ayant rencontré un second fait tout à fait semblable, je me demandai si, en divisant le canal lacrymal de la même manière que cela avait eu lieu dans les cas précédents ; si, en ouvrant aux larmes une voie artificielle pour pénétrer dans le sac, je ne remédierais pas à tous les inconvénients de ces cas d'épiphoras rebelles et invétérés. Les deux faits que je venais d'observer me portaient à croire que cette ouverture artificielle ne se rétracterait probablement pas, et pourrait servir, aussi bien que le point lacrymal lui-même, à l'écoulement des larmes. L'occasion me fut bientôt donnée de vérifier l'exactitude de mon opinion :

Obs. I. *Double épiphora avec renversement des points lacrymaux inférieurs en dehors; division transversale du canal lacrymal; insuccès; division longitudinale du canal lacrymal à partir du point lacrymal inférieur; guérison.* — Un jeune commis, employé dans une maison de commerce de la Cité, souffrait, depuis deux ans, d'un larmoiement continuel. La peau des paupières inférieures semblait avoir été affectée d'eczéma chronique : elle était

rouge, luisante et contractée ; les paupières inférieures, au niveau de l'angle interne, étaient un peu séparées du globe de l'œil, de sorte que les points lacrymaux n'avaient pas leur direction habituelle, mais paraissaient aplatis et légèrement renversés ; les larmes, se rassemblant à l'angle interne, n'arrivaient point jusque sur les points lacrymaux ; les points supérieurs étaient légèrement aplatis, petits et peu distincts. Un stylet pénétrait facilement par les deux points lacrymaux, jusque dans l'intérieur du sac.

Le 14 février 1850, j'introduisis un stylet dans le point lacrymal inférieur gauche, et je pratiquai, à moitié chemin entre le point lacrymal et la caroncule, sur la face conjonctivale, une petite incision transversale. Puis, ayant fait sortir le stylet par cette ouverture, je fendis un peu le canal en avant, mais sans arriver jusqu'au point lacrymal ; je ne coupai pas non plus complétement en travers le canal dans toute son épaisseur. J'avais pratiqué l'opération dans le point où les larmes se rassemblaient, et j'espérais que, l'ouverture restant perméable, le cours des larmes se rétablirait ; mais j'eus beau séparer les bords de la plaie tous les jours, et passer plus tard un fil du point lacrymal jusque dans le canal, en le faisant sortir par la nouvelle ouverture ; telle était la tendance de celle-ci à se refermer, qu'en enlevant le fil dix jours après, la plaie se referma immédiatement, et que l'opération resta inutile. Pendant le séjour du fil, le malade avait éprouvé beaucoup de soulagement, et les larmes s'étaient à peine accumulées.

Le 9 mars, après avoir constaté que le canal lacrymal était parfaitement perméable depuis le point lacrymal jusqu'au sac, désespérant de maintenir ouvert un orifice pratiqué sur les parois de ce conduit, je me décidai à poursuivre le même but par un autre procédé ; c'est-à-dire à fendre supérieurement le canal lacrymal, à partir du point lacrymal, dans une longueur suffisante pour reporter en arrière son orifice, sur cette portion de la membrane muqueuse vers laquelle les larmes se rassemblaient. C'est ce que je pratiquai, à l'aide d'un bistouri, guidé par un stylet cannelé, introduit préalablement dans le point et le conduit lacrymal. Le



lendemain, je trouvai que les lèvres de la plaie s'étaient réunies dans toute leur étendue : je déchirai les adhérences avec le stylet, et je

revins plusieurs fois au même procédé, de manière à empêcher la réunion des bords de la plaie pendant la cicatrisation. Le 20, le canal était converti en un sillon, et les bords de la plaie ne présentaient plus de disposition à se réunir; les larmes suivaient ce sillon, pour se rendre jusque dans le sac, par la portion restante du canal lacrymal; l'épiphora avait presque entièrement disparu. Ce résultat m'encouragea à pratiquer la même opération sur la paupière inférieure du côté opposé, et la réussite ne fut pas moins complète. Au mois de juillet, le malade était parfaitement guéri; l'épiphora avait entièrement disparu des deux côtés. J'ai vu depuis ce malade à diverses reprises, et la guérison ne s'est pas démentie.

Cette expérience que je venais de faire me conduisit à rejeter la division transversale du canal, dont les cas de plaie accidentelle m'avaient d'abord fourni l'idée, et à adopter un procédé plus simple, consistant à fendre, dans une petite étendue, le canal lacrymal, à partir du point lacrymal, du côté de la conjonctive.

En détruisant ainsi le point lacrymal, je n'étais pas sans quelques inquiétudes : je me demandai si les larmes seraient reprises par cet orifice que je créais artificiellement dans un point où le canal lacrymal ne présente pas les dispositions de structure que l'on attribue généralement aux points lacrymaux. Ces craintes n'étaient pas fondées; car les larmes s'engagèrent parfaitement dans le canal lacrymal, bien que ce fût au milieu de son trajet; et, soit dit en passant, ce résultat tend à prouver que les auteurs qui ont écrit sur l'appareil lacrymal ont attaché trop d'importance aux points lacrymaux, et peut-être aussi à ce canal triangulaire qu'ils disent exister entre les bords des paupières et le globe de l'œil, lorsque les paupières sont fermées, et qu'ils supposent servir à diriger les larmes vers les points lacrymaux.

Il est intéressant de noter la différence présentée par les deux orifices artificiels, l'un transversal, l'autre longitudinal, relativement à leur tendance à la contraction. Dans les deux cas, très-probablement, les tissus divisés se montrèrent aussi disposés à subir le même degré de contraction; mais, lorsque la division est transversale, il suffit d'une légère contraction dans la direction circulaire, pour fermer l'ouverture; tandis que, lorsque la division est longitudinale ou oblique, une constriction égale des bords divisés ne peut fermer, ou même beaucoup rétrécir l'ouverture, parce que la division n'a été pratiquée que sur un côté de la circonférence, et que le reste n'a pas été intéressé; bref, je fus guidé par les résultats que j'avais vu obtenir pour le canal

de l'urètre, par M. Fergusson, qui, dans les cas d'amputation du pénis, est parvenu à se mettre à l'abri des conséquences de la rétraction des tissus, en divisant longitudinalement le canal de l'urètre à partir de la plaie. Or, l'analogie me semblait frappante entre les deux canaux, pour la structure et pour les fonctions.

Je ne recommande certainement pas cette opération dans les cas récents de renversement des points lacrymaux, ni dans ceux dans lesquels on pourrait obtenir la guérison par un traitement plus doux. Je dois cependant faire remarquer que cette opération n'entraîne après elle aucune difformité visible, et que, pour reconnaître qu'elle a été pratiquée, il faut examiner les parties avec la plus grande attention.

Au fait qui précède, j'ajouterai l'observation suivante, dans laquelle j'ai réussi également à guérir un épiphora des plus anciens et des plus rebelles.

Obs. II. *Epiphora de l'œil droit, avec renversement du point lacrymal inférieur, guéri par la division du canal lacrymal.* — Un commis de courtier maritime, âgé de cinquante-sept ans, avait eu une ophthalmie de l'œil droit deux ans et demi auparavant. Depuis cette époque, les larmes avaient toujours coulé sur la joue, surtout dès qu'il s'exposait au froid; de plus l'œil était fortement enflammé. Le malade avait toujours le mouchoir à la main pour essuyer son œil, et la vue était troublée par l'accumulation des larmes entre les paupières. Le sac et l'appareil lacrymal paraissaient sains; cependant, le bord de la paupière inférieure, dans sa moitié interne, était arrondi et légèrement aplati; de sorte qu'il s'appliquait difficilement sur le globe de l'œil. Le point lacrymal, au lieu d'être situé au sommet de cette saillie angulaire qui existe ordinairement vers l'angle interne de l'œil et dirigée en avant, reposait sur une surface aplatie; elle était à peine visible. Tout autour la peau était sèche et cuticulaire; les larmes ne l'atteignaient pas, mais s'accumulaient autour de la caroncule et le long du bord de la paupière.

Après m'être assuré qu'un stylet, introduit par le point lacrymal, pénétrait facilement dans le sac, je fendis le canal lacrymal supérieurement sur un stylet cannelé, dans une étendue d'un huitième de pouce, et sur la face muqueuse. Deux jours après, je séparai les bords de la plaie qui déjà avaient contracté des adhérences et s'étaient remplis de lymphe plastique. Il n'y avait pas encore eu du soulagement. Le quatrième jour, l'ouverture était pleinement établie, les bords cicatrisés, et l'orifice reporté en arrière sur la surface conjonctivale, à un huitième de pouce de la caroncule; le soulagement était considérable; bien que le malade se fût exposé, la veille, au vent d'est, son

œil avait à peine pleuré. J'ai vu très-souvent le malade depuis ; la guérison semble complète et durable.

J'ai parlé, au commencement de cette note, des cas d'épiphora dépendant non pas du déplacement, mais de l'*oblitération* des points ou canaux lacrymaux. Ces obstructions se montrent de temps en temps, soit à la suite de simples contractions ou rétrécissements du canal, soit à la suite d'ulcération on de lésion physique. Il est remarquable que les larmes ne s'accumulent pas toujours dans ces cas. Peut-être le point lacrymal restant remplit-il un double office, ou bien la sécrétion des larmes est-elle moins abondante. J'ai vu un malade chez lequel, à la suite d'un coup violent porté sur le globe de l'œil, il y avait eu division du canal lacrymal inférieur, à sa partie moyenne, avec obstruction complète au niveau de la cicatrice, sans qu'il y eût larmoiement ; ce n'est pas cependant le cas le plus ordinaire.

Je pense que, dans ces cas, on pourrait employer avec quelques modifications l'opération que je viens de décrire. Les tentatives de Monro et de J.-L. Petit, pour ouvrir de nouveaux conduits, en passant un fil, ou en faisant une incision sur le canal, sont oubliées depuis longtemps ; cette ouverture artificielle se ferme aussitôt que l'on cesse d'y introduire le séton ou la bougie. C'est que, pour rétablir le cours des larmes, il faut que le conduit lacrymal fournisse lui-même la voie, et c'est ce que l'on ne peut obtenir que dans les cas dans lesquels le siége de l'obstruction est suffisamment éloigné du sac pour permettre d'ouvrir le canal dans l'intervalle et à travers la conjonctive.

Deux méthodes d'opération s'offrent ici d'elles-mêmes : la première consisterait à couper transversalement sur la direction du canal lacrymal, au niveau de l'obstacle entre lui et le sac, et à fendre ensuite le canal, sur un stylet introduit dans la plaie. La seconde, en supposant qu'on ne trouvât pas d'orifice après cette section transversale, consisterait à ouvrir le sac, au-dessous du tendon de l'orbiculaire, et à fendre ensuite le canal près de l'obstacle, après avoir introduit un stylet dans le sac jusque dans le conduit lacrymal. Les orifices des conduits lacrymaux dans le sac sont tellement larges, que je ne doute pas qu'un chirurgien un peu exercé et familiarisé avec l'anatomie de ces parties ne parvînt à pénétrer dans ces canaux. Pour ma part, j'y ai toujours réussi sur le cadavre, mais je n'ai pas encore eu l'occasion de la faire sur le vivant; bien entendu que dans ces cas le canal devrait être fendu à travers la conjonctive au voisinage de la caroncule, ou bien les larmes ne pourraient pas reprendre leur cours par cette voie.

En terminant, je ferai remarquer qu'il est des cas d'épiphora dépen-

dant d'une obstruction des canaux lacrymaux au voisinage du sac, pour lesquels cette opération serait entièrement inutile et sans résultat ; par exemple, lorsque le sac lacrymal est vide et que le stylet rencontre, au moment de pénétrer dans le sac, une résistance élastique, en vertu de laquelle la paroi externe du sac et la peau qui la double sont entraînées par le stylet vers le nez. Dans ce cas, on a affaire à un rétrécissement simple du canal au niveau de son orifice interne, rétrécissement qui doit être traité comme celui des autres conduits musculo-membraneux.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DÉTERMINATION PRISE PAR LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE AU SUJET DES NOUVELLES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES.

Nous déplorions récemment, avec un honorable pharmacien de la province, et le grand nombre de nouvelles préparations, et les fréquentes modifications proposées aux formules connues, que publient les journaux. La Société de pharmacie vient de prendre à cet égard une décision à laquelle nous ne saurions trop applaudir, savoir, qu'un rapport sera fait d'office par un de ses membres sur toutes les nouvelles préparations pharmaceutiques. La discussion qui s'établira mettra en évidence les inventions bonnes et utiles, tandis qu'elle renverra à l'étude ou rejettera dans l'oubli les publications trop précipitées. Il arrive trop souvent, comme l'a fait remarquer M. Soubeiran, que les auteurs jugent les préparations qu'ils proposent, sans en avoir fait un examen comparatif et assez prolongé ; ils y regarderont de plus près quand ils sauront que leur travail doit être soumis à un contrôle. Quant à ceux qui ne font ces publications que dans un but de lucre, il est bon que le public médical, trop enclin à la crédulité, soit averti de la valeur de ce qui lui est offert, et qu'il cesse d'être induit en erreur par des assertions mensongères. La note sur l'iodure d'amidon et son sirop, que nous avons insérée dans notre livraison du 15 avril, p. 314, nous dispense de publier une analyse du rapport de M. Soubeiran, sur ces préparations. Nous rapporterons cependant les conclusions du travail de ce savant pharmacien; elles viennent légitimer l'oubli dans lequel nous avons laissé les nombreuses réclames qui avaient pour but d'exalter l'utilité de l'iodure d'amidon.

« L'iode, sous quelque forme qu'on l'administre, exerce sur l'économie une action altérante incontestable ; mais est-ce bien à l'état d'iodure d'amidon qu'il faut le préférer ?

« Je trouve à cette forme, ajoute M. Soubeiran, de grands défauts.

« Le premier, c'est que sous le rapport de la facilité d'administration, l'iodure et le sirop sont tous deux des médicaments d'une saveur extrêmement désagréable.

« Le second défaut, plus grave, c'est que ces médicaments sont si variables dans leur composition, que le médecin qui les administre n'est jamais sûr de savoir quelle dose d'iode est prise par le malade.

« Quant à l'avantage d'avoir l'iode à l'état soluble, il était tout aussi bien obtenu par l'iodure ioduré de potassium ou par l'huile iodée de M. Marchal (de Calvi). »

ANALYSE CHIMIQUE ET PHARMACEUTIQUE DES FÈVES DE CÉDRON.

Trouver un succédané au quinquina n'est pas seulement une question scientifique et commerciale, c'est un acte humanitaire du plus haut intérêt. Aussi le gouvernement, l'Académie de médecine, l'Ecole de pharmacie décerneront un prix d'honneur à celui qui découvrira une substance pouvant, en tous points, remplacer l'écorce du Pérou.

Déjà bien des médicaments ont été expérimentés dans ce but; mais aucun d'eux n'a rempli les conditions voulues.

Depuis quelques années, l'attention s'est portée sur une fève nommée cédron, et, à la demande du ministre du commerce, l'Académie de médecine a nommé une Commission composée de MM. Chevallier, Mérat, Honoré et Duméril, qui doivent faire un rapport sur les propriétés thérapeutiques du cédron ; d'un autre côté, MM. Edouard Deschamps (de Paris), et un autre médecin d'Alger, se sont empressés de la prescrire comme fébrifuge, et, s'ils n'ont pas obtenu tous les résultats qu'ils espéraient, il faut peut-être l'attribuer à ce que sa composition chimique ne leur était pas connue.

Les semences du cédron sont cultivées dans l'isthme de Panama. M. le docteur Vauvert (de Mean), ancien consul à Santa-Martha, Nouvelle-Grenade, dit qu'à Panama on les emploie journellement pour guérir les fièvres intermittentes et les blessures vénéneuses.

Ces graines ont une forme ovale, aplatie sur une face et très-légèrement bombée sur l'autre, et déprimée sur l'un des côtés; elles sont longues de quatre centimètres, effilées par un bout, arrondies par l'autre ; chacune d'elles pèse de quatre à dix centigrammes, rarement au delà.

200 grammes de cette substance entière peuvent être renfermés dans un vase qui contiendrait 240 grammes d'eau; le même poids de fèves peut déplacer 130 grammes de ce liquide.

La fève de cédron est lisse extérieurement; sa couleur est jaune, analogue à celle du macis sali par le temps ou la poussière ; sa saveur est amère, l'odeur *sui generis*; la chaleur et le temps la rancit.

Ce fruit ne plie pas sous la pression des doigts, il casse net ; sa texture intérieure est dure, serrée, lisse ; il se réduit facilement en poudre.

La poudre de cédron est jaune, grasse à l'œil et au toucher, odorante, amère ; elle rougit le papier de tournesol ; elle nage quelques instants sur l'eau et finit par s'y émulsionner ; chauffée avec ce liquide, elle prend la forme d'un magma tellement épais, qu'il faut, pour le passer ou le filtrer, ajouter une très-grande quantité de ce véhicule ; distillée avec de l'eau, de l'alcool ou de l'éther, elle leur abandonne de son principe aromatique.

La teinture alcoolique de cédrons est odorante, amère, acide, jaune ; elle décompose les rayons solaires, en produisant des reflets irisés, verts, qui n'ont aucune analogie avec ceux que donnent les solutions acides de quinine ; cette teinture contient une matière butyreuse et les principes actifs de la substance.

L'extrait aqueux de cette graine, préparé à froid, est sec, cassant, lisse, brun, odorant, amer, soluble dans l'eau et l'alcool ; sa solution est acide ; préparé à chaud, il offre l'aspect d'un magma jaune, foncé, odorant, amer ; il est peu soluble dans l'eau froide ; il l'est davantage dans l'eau chaude ; il rougit le papier de tournesol ; il contient de la gomme, de la matière butyreuse, de l'amidon et des principes actifs. L'extrait alcoolique est jaune, odorant, amer, acide ; il n'est pas complétement soluble dans l'eau froide ou chaude : il contient une grande quantité de matière butyreuse et les principes actifs de la substance.

D'après notre analyse, les cédrons sont composés de : cédrine, — matière butyreuse, — gomme, — amidon, — tannin, — huile fixe, huile volatile, — albumine.

Le temps et la chaleur y développent des acides gras.

Nous n'avons pu encore débarrasser la cédrine des matières étrangères qui la salissent. Nous la croyons destinée à jouer un grand rôle dans la thérapeutique. On l'obtient en traitant par l'eau distillée aiguisée d'acide sulfurique l'extrait alcoolique de ce fruit, puis on procède comme on le fait pour la quinine.

La matière butyreuse a une couleur brune, elle est amère, odorante, presque entièrement saponifiable, soluble dans l'alcool rectifié, les éthers, les huiles fixes et volatiles, la graisse ; elle fond à la température de la main ; en contact avec un corps enflammé, elle brûle, en répandant beaucoup de fumée.

De nos expériences et de nos observations nous concluons que l'alcaloïde contenu dans la fève du cédron peut, en se combinant avec des acides, former des sels qui sont aussi amers que ceux de la strychnine, avec lesquels ils ont une grande ressemblance quant à la saveur; que l'extrait alcoolique, débarrassé des matières insolubles dans l'eau, est plus actif que ceux préparés par l'eau froide ou chaude; que l'extrait aqueux fait à froid contient plus de principes actifs que ceux obtenus par la chaleur; une certaine dose de cet extrait a des effets presque toxiques sur les lapins.

Les médecins et les pharmaciens qui seraient désireux d'entreprendre sur les fèves de cédron des expériences chimiques et médicales pourront s'adresser à nous; nous nous ferons un véritable plaisir de leur fournir autant de cette substances qu'il leur sera agréable.

Stanislas Martin, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES-UNES DES FORMES DE L'ÉRYSIPÈLE.

Par le docteur Jules Mascarel, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault.

Depuis deux mois, la constitution atmosphérique de notre département nous a permis d'observer un grand nombre d'érysipèles, soit spontanés, soit traumatiques, et cette influence est telle que nous avons cru devoir nous abstenir de toute opération chirurgicale. Quelques-unes des observations que nous rapportons plus bas justifient jusqu'à quel point nos craintes pouvaient être fondées.

Parmi ces phlegmasies cutanées de cause spéciale, il en est, et c'est le plus grand nombre, qui ont été tout à fait bénignes et qui n'ont offert, ni dans leur mode d'apparition, ni dans leur terminaison, rien qui fût digne d'attention. Ainsi, quelquefois l'érysipèle s'est borné au nez ou à l'une des joues, ou à ces deux parties à la fois. En trois ou quatre jours, sous l'influence du repos et des soins hygiéniques, tout rentrait dans l'ordre. Chez d'autres, la maladie débutait presque toujours par ces mêmes parties, s'étendait de proche en proche du centre de la face en rayonnant transversalement vers les oreilles, en haut vers le front et le cuir chevelu, en bas vers le menton, pour venir se concentrer et se terminer à la nuque. Dans l'espace d'un à deux septénaires, l'affection parcourait ses différentes phases d'accroissement et de déclin. Chez quelques-uns de nos malades, appartenant à cette catégorie, la maladie a été loin de conserver son caractère de bénignité des premiers jours.

Du cinquième au huitième jour, l'intensité de la phlegmasie s'est caractérisée anatomiquement : 1° par le boursouflement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; 2° par l'apparition d'un plus ou moins grand nombre de phlyctènes, tant sur la face que sur la partie la plus élevée de la nuque ; 3° par la production de petits abcès, soit dans les paupières supérieures, soit dans l'épaisseur du derme chevelu, et, physiologiquement, par un mouvement fébrile plus ou moins intense, de 105 à 120 pulsations, le redoublement ayant lieu plus souvent le soir ; puis de l'agitation, des rêvasseries, un délire loquace, avec carphologie. Au lieu de cette fréquence des battements du pouls, deux fois nous avons observé 60 à 65 pulsations par minute, mais avec intermittence et dureté. Dans ces deux cas, on avait peine, pendant la nuit, à contenir les malades dans leur lit, et leur délire portait spécialement sur les habitudes ordinaires de leur genre de vie. Ajoutez à cela que les lèvres et les dents sont devenues fuligineuses et la langue couleur d'acajou. Ces formes de l'érysipèle non traumatique n'ont rien qui ne se présente chaque jour dans la pratique, et, si nous les reproduisons sommairement, c'est pour mieux faire ressortir l'influence de la médication à laquelle nous nous sommes définitivement arrêté dans l'épidémie de cette année.

Pendant notre séjour comme interne dans les hôpitaux de Paris, nous avons vu bien des traitements tour à tour employés contre cette maladie, depuis la méthode expectante, qui compte encore aujourd'hui un grand nombre de partisans, jusqu'à la cautérisation par le fer rouge, proposée par Pelletan, mise en pratique par le baron Larrey, et conseillée de nouveau par le professeur Breschet. Les antiphlogistiques locaux ou généraux, aussi bien que le vésicatoire sur le crâne, nous ont toujours paru plus nuisibles qu'utiles ; il n'en est pas de même des révulsifs sur le tube intestinal, et de l'application des corps gras, soit simples, soit médicamenteux, sur la surface érysipélateuse. Parmi ces derniers, l'onguent mercuriel figure au premier rang ; mais la facilité et la rapidité de son absorption doivent rendre très-circonspect dans son emploi. Dans les cas simples, nous nous bornons à l'axonge purifiée et récemment préparée ; c'est le seul topique auquel nous donnons la préférence dès le début et jusqu'à la terminaison de la maladie. Comme médication interne, après avoir débuté par un émèto-cathartique ordinaire, toutes les fois que l'état des premières voies l'exige, nous employons, les jours suivants, le calomel à doses réfractées et suivant la méthode de Law (calomel, 5 centigrammes ; sucre en poudre, 4 grammes, en douze prises égales. Une d'heure en heure). Nous cessons cette dernière médication aussitôt que les signes de la saliva-

tion mercurielle apparaissent, ce qui a lieu souvent dès le second ou le troisième jour. Des boissons acidulées et quelques cuillerées de bouillon sont accordées au malade.

Lorsque, sous l'influence de ce traitement, les symptômes locaux ou généraux continuent et s'accompagnent d'accidents cérébraux, c'est alors que nous prescrivons les pilules suivantes, et nous les administrons au malade d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, suivant la gravité des circonstances :

Pr.	Azotate de potasse......................	4 grammes.
	Camphre..............................	1 gramme.
	Conserve de roses......................	Q. S.

Divisez S. A. en 20 pilules.

Il arrive parfois que les malades dans leur agitation, ou par suite d'une dysphagie qui se retrouve également dans certaines formes de la fièvre typhoïde, ne peuvent avaler ces pilules ; alors on les fait dissoudre dans une cuillerée d'eau sucrée, et l'ingurgitation devient facile.

Deux ou trois doses de ces pilules nous ont constamment, cette année du moins, réussi à calmer les plus formidables accidents cérébraux ; rarement avons-nous combiné ou associé les sinapismes sur les membres inférieurs, et encore moins les vésicatoires ; mais aussi chaque fois que l'indication d'agir sur le tube intestinal se présentait, nous n'omettions jamais de la remplir.

Les effets de cette médication sont d'abord de mettre fin au délire, et de se traduire sous forme de phénomènes critiques, soit vers la peau par des sueurs fétides, soit vers les urines par une diurèse plus abondante.

Voici quelques faits qui résument tout ce que nous avons à dire sur ce sujet :

Obs. I. Un chef d'atelier en métaux, âgé de trente-cinq ans, était depuis un mois convalescent d'une fluxion de poitrine, qui avait nécessité un traitement énergique. Ce jeune homme, d'une bonne constitution, avait jusqu'alors toujours joui d'une bonne santé, et avait déjà repris son embonpoint et une partie de sa fraîcheur, lorsqu'il fut pris, le 26 novembre dernier, de frissons, de céphalalgie intense, avec nausées et vomissements répétés.

Il crut d'abord à une indigestion; mais le lendemain une tuméfaction, accompagnée de rougeur, de chaleur et de sensibilité, apparaissait sur le côté droit du nez, en descendant vers la commissure labiale du même côté. Un érysipèle de la face commençait, et dès le cinquième jour toute la figure était envahie, avec accompagnement d'un grand nombre de vésicules remplies de sérosité.

Dans la soirée du septième jour, il y eut des rêvasseries, de l'anxiété précordiale, une certaine dyspnée que l'état des organes respiratoires n'expliquait pas, et au milieu de la nuit l'agitation devint telle qu'on me fit

rappeler auprès du malade. Le pouls était dur, serré et fréquent, la tête avait acquis un volume énorme, le gonflement des paupières entraînait leur occlusion ; un abcès existait dans la paupière supérieure du côté gauche ; il y avait de la carphologie, le malade balbutiait des phrases incohérentes, et ce n'est qu'en fixant fortement son attention qu'on pouvait obtenir quelques réponses ; du reste insomnie continuelle. — *Prescription* : azotate de potasse, 4 grammes ; camphre, 1 gramme ; conserve de roses Q. S. pour 20 pilules à prendre d'heure en heure ; onctions mercurielles sur les parties affectées.

Le 4 décembre, même état. Huile de ricin, 60 grammes, qui produisent quatre évacuations. Dans la soirée, le délire continue ; la main gauche est sans cesse portée au creux épigastrique, comme pour arracher un poids qui l'opprime. Continuation des pilules.

Le 5 décembre. Dans la nuit du 5 au 6 décembre, le malade urine d'heure en heure et abondamment ; la fièvre a diminué ainsi que l'agitation. Trois bouillons, une pilule de trois heures en trois heures.

Le 7 décembre, le délire a entièrement cessé ; un nouvel abcès s'est développé à la partie postérieure de la tête. Eau de Sedlitz.

Les 8 et 9 décembre, le malade entre en convalescence.

Obs. II. Une jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, avait une grande frayeur de la maladie régnante (érysipèle), ayant assisté aux dernières heures de l'un de ses voisins qui venait de succomber à un érysipèle du cuir chevelu, et pour lequel un vésicatoire, en forme de calotte, avait été appliqué sur la tête. Huit ou dix jours après cet événement, cette jeune femme fut prise d'un endolorissement des ganglions cervicaux, avec nausées et vomissements, courbature générale, céphalalgie susorbitraire.

Le 15 décembre, elle était dans l'état suivant : aux symptômes de la veille était venue se joindre une vive douleur avec gonflement, rougeur, phlyctènes et chaleur sur la pommette droite. — *Prescription* : 4 onctions d'axonge dans la journée ; calomel, 5 centigrammes ; sucre en poudre, 4 grammes en 12 prises ; bouillon de poulet.

Le 6 décembre, il y a eu cinq ou six selles bilieuses ; la malade est vivement préoccupée de son état ; le pouls est à 120, mou et dépressible ; l'érysipèle couvre la plus grande partie de la face. Limonade, lavement émollient, bouillon de poulet.

Le 7 décembre, la nuit a été très-mauvaise ; il n'y a pas eu de sommeil depuis que la malade est alitée. La fièvre est la même ; on remarque quelques intermittences dans le pouls ; les lèvres et les dents se noircissent, ainsi que la langue dans son milieu. *Prescription* : pilules avec azotate de potasse, 4 grammes ; camphre, 1 gramme ; conserve de roses, Q. S. en 20 pilules, à prendre une de deux heures en deux heures.

Le 8 décembre, léger épistaxis, un peu moins d'agitation ; le pouls est à 110, les urines abondantes et troubles. On continue les pilules, limonade gazeuse, trois bouillons.

Le 9 décembre, pendant la nuit, sueurs abondantes aux pieds, au cou, à la poitrine et sur les membres thoraciques ; insomnie, mais calme ; l'érysipèle parcourt le cuir chevelu et la nuque. On remarque des vésicules gaufrées, remplies de sérosité citrine. Les pilules sont continuées jour et nuit, de deux heures en deux heures, malgré la répugnance de la malade.

Le 11 décembre, le pouls est à 80, mais le délire a cessé. Huile de ricin, 45 grammes. Le 16, la convalescence est franchement établie.

Obs. III. Le 20 décembre 1851, un maître bottier, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, et qui n'avait jamais été malade, fut pris d'un érysipèle de la face et de tous les symptômes qui l'accompagnent ordinairement.

Le septième jour, la maladie semblait parcourir ses phases ordinaires, orsqu'il survint une dyspnée avec toux sèche et une vive sensibilité à l'épigastre. L'auscultation et la percussion ne fournissaient que des signes négatifs.—*Prescription*: sinapismes aux extrémités inférieures, looch blanc avec extrait de jusquiame, 10 centigrammes.

Les huitième et neuvième jours, même état; la tête offre un aspect monstrueux, par suite du gonflement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; le pouls est dur, lent et serré; la langue n'est pas sèche; il y a des rêvasseries et insomnie complète depuis le début. Eau de Sedlitz, une bouteille, bouillon aux herbes.

Le dixième jour, l'oppression a cessé ainsi quo la toux, et la douleur épigastrique est moins vive; il y a eu cinq ou six selles.

Dans la nuit du 10 au 11, délire complet; le malade ne peut être contenu dans son lit et refuse de boire. Le 11 au matin, je prescrivis les pilules ordinaires, qu'on ne pût faire prendro qu'après les avoir préalablement écrasées dans une cuillerée d'eau.

Le douzième jour, lo malade répond exactement aux questions qu'on lui adresse ; mais il retombe ensuite dans ses idées incohérentes.—*Prescription*: lavement de mauve, bouillon de veau. Continuer les pilules nitrées et camphrées.

Le treizième jour, même état.

Le quatorzième jour, l'érysipèle paraît être éteint depuis trois jours, mais le gonflement persiste, et la desquamation épidermique s'étend do proche en proche sur les parties qui ont été successivement parcourues par l'inflammation. Le malade conserve encore du délire, spécialement la nuit. — *Prescription* : une pilule de trois en trois heures, bouillons.

Le quinzième jour, pour la première fois, le malade a reposé tranquillement pendant trois heures; il demande des aliments; les urines sont devenues plus abondantes seulement depuis deux jours. —*Prescription*: trois pilules à prendre dans la journée, deux potages et deux bouillons.

Les dix-septième et dix-huitième jours, le mieux continue.

Dans ces trois faits, et dans quelques autres cas d'érysipèle compliqué de délire que nous pourrions rapporter, on se demande tout d'abord si, par la méthode expectante, on ne serait pas arrivé au même résultat. Or, il est permis d'en douter, car plusieurs cas de mort, non-seulement sur des enfants, mais aussi sur des adultes, ont été signalés pendant l'épidémie que nous venons de traverser. Pour nous, chaque fois que la médication que nous venons de rapporter a été appliquée dans les circonstances que nous avons cherché à déterminer, elle nous a toujours paru produire les plus heureux résultats.

Nous appellerons maintenant l'attention sur le traitement qui nous a également bien réussi dans cette forme de l'érysipèle qu'on est convenu d'appeler ambulant.

Ici, deux cas peuvent se présenter. Dans l'un, la phlegmasie cutanée, au lieu de se concentrer à la face et au cuir chevelu, comme dans les exemples précédents, s'étend sur la nuque, gagne le dos et les épaules, pour se répandre bientôt sur tout le tronc, et descendre jusqu'au bas des extrémités inférieures et supérieures, lorsque, toutefois, l'intensité des accidents n'entraîne pas auparavant le malade au tombeau.

Dans une autre circonstance, la maladie a pris naissance au céntre d'une plaie en suppuration ; ainsi, c'est au pourtour d'un vésicatoire, d'un cautère, ou d'une engelure excoriée ou ulcérée, que l'érysipèle se développe et s'étend de proche en proche, pour parcourir la plus grande partie de l'enveloppe cutanée.

Lorsque l'affection débute sur un membre, elle suit invariablement une marche de la circonférence au centre, et se dessine sous forme de longs rubans étroits et sinueux (lymphite), qui vont aboutir aux ganglions de la région située au-dessus du point du départ.

Cette dernière forme, qui est aussi celle de l'érysipèle traumatique, s'accompagne rarement de délire, si ce n'est lorsqu'une grande surface a déjà été envahie ; alors la mort ne se fait pas longtemps attendre, si l'on abandonne la nature à ses propres forces.

Les faits que nous venons d'observer récemment nous montrent à la fois, et toute la gravité de cette affection et les ressources efficaces dont l'art peut disposer.

Après avoir rempli les indications relatives à chaque cas particulier sous le triple rapport des boissons, des médications internes et des soins hygiéniques eu égard à l'âge des malades, à leur état de santé habituel et à leurs conditions sociales. Aussitôt que le caractère de l'affection est franchement dessiné, nous l'attaquons hardiment par la méthode topique et substitutive. De tous les modificateurs des membranes tégumentaires soit muqueuses, soit cutanées, il n'est pas d'agent plus efficace et plus facile à doser dans son application que la solution d'azotate d'argent.

Employée déjà en Angleterre depuis plusieurs années par M. Higginbottom contre toutes les formes de l'érysipèle, elle fut en France tour à tour préconisée et abandonnée. Or, dans l'érysipèle ambulant, cet agent nous a constamment réussi, non pas seulement à modifier et à modérer la phlegmasie dans sa marche, mais à l'arrêter et à l'éteindre complétement.

La solution à laquelle nous avons eu recours est composée ainsi qu'il suit :

Pr. Azotate d'argent cristallisé.......... 4 grammes.
Eau distillée...................... 16 grammes.

Avec un fort pinceau à aquarelle ou de charpie, nous pratiquons un rude lavage sur tout le pourtour du liséré érysipèle dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, 2 centimètres en deçà, et autant au delà. Nous répétons ces lotions deux, trois ou quatre fois par jour, suivant l'âge et l'état vasculaire de la peau ; puis on recouvre le tout d'un linge très-propre et usé.

Le second ou le troisième jour, quelquefois même dès le premier, toute la peau saine qui a été touchée par le liquide argentique brunit, et l'épiderme se soulève en larges phlyctènes. Celles-ci sont plus petites, moins nombreuses sur la peau enflammée. Une fois ce résultat obtenu, il est rare que l'érysipèle s'étende plus loin. Cependant, on voit quelquefois le lendemain une plaque rouge apparaître un peu au delà de la cautérisation de la veille. On renouvelle celle-ci avec les mêmes précautions, et, vingt-quatre ou trente-six heures après, les symptômes de réaction générale et locale ont complétement cessé. C'est du moins ce qui s'est passé durant notre épidémie.

Voici quelques-uns de ces faits.

Obs. IV. *Erysipèle occasionné par un cautère.* — Un ancien officier de l'Empire, âgé de quatre-vingts ans, mais auquel pour la force, la bonne santé et l'état des facultés intellectuelles on aurait à peine donné soixante-dix ans, portait depuis quinze ans un cautère au bras, dans le but de remédier à des accès de rhumatisme, la seule maladie dont il ait été atteint depuis fort longtemps. M. X... fut pris, le 18 novembre dernier, d'une bronchite aiguë, avec réaction fébrile assez forte. Après sept ou huit jours d'un traitement convenable, les accidents locaux et généraux cessèrent, et tout annonçait une prompte convalescence, lorsque la fièvre se ralluma en même temps qu'une douleur vive se manifestait en haut du bras à cautère et jusque dans l'aisselle correspondante. L'inspection fit promptement découvrir qu'un érysipèle s'étendait depuis la plaie du fonticule jusqu'à l'aisselle et au côté de la poitrine. — *Prescription* : onctions mercurielles répétées deux fois par jour, cataplasme émollient, suppression du pois à cautère, eau d'orge miellée, huile de ricin, 30 grammes.

Le 30 novembre, il y a eu cinq évacuations par le bas et deux par le haut, l'érysipèle descend sur le côté gauche de la poitrine. On continue le même traitement.

Les 3 et 4 décembre, l'inflammation de la peau s'est étendue jusqu'à la hanche ; la fièvre redouble d'intensité, et le malade succombe avec des accidents cérébraux qui ne se manifestèrent que quelques heures avant la mort.

Nous n'avions pas encore fait, cette année du moins, de tentative d'application de la solution du nitrate d'argent, et malgré le grand âge du malade et la convalescence d'une fièvre catarrhale, il est per-

mis de supposer que le moyen qui nous a réussi plus tard n'aurait pas été ici sans une certaine efficacité.

Obs. V. La petite fille d'un professeur de langues, âgée de dix ans, d'une constitution molle et lymphatique, mais habituellement bien portante, était affectée d'engelures aux mains. Une de ces engelures, largement ulcérée, était située au dos de la main gauche, au milieu de l'intervalle qui sépare ces deux doigts. Je fus appelé le 20 décembre auprès de cette enfant, qui souffrait beaucoup de la main. En effet, il y avait beaucoup de fièvre, et dès la veille il y avait eu des nausées et des vomissements. Toute la face dorsale de la main gauche était engorgée, ainsi que les deux derniers doigts; mais la rougeur et la sensibilité étaient au pourtour de la plaie, et des stries rougeâtres en zigzag se dessinaient dans la direction des vaisseaux lymphatiques du poignet et de l'avant-bras (angioleucite). — *Prescription* : deux manuluves émollients, fomentation de même nature sur le dos de la main, axonge en onctions répétées, calomel à doses réfractées. Malgré ce traitement, l'angioleucite est suivie et accompagnée d'une rougeur vive de la peau du poignet et de l'avant-bras, rougeur érysipélateuse et phlycténoïde, dont le progrès s'étendait du matin au soir à toute la circonférence du bras; de sorte que le quatrième jour, le moignon de l'épaule était envahi, ainsi que le creux de l'aisselle. Les manuluves, les onctions, les fomentations résolutives n'opérant aucun effet, et la fièvre augmentant d'intensité, ce fut alors que nous fîmes la première application caustique, qui fut répétée de douze en douze heures.

Dès le second jour de ce nouveau traitement, l'érysipèle ne fait plus de progrès partout où la peau a été touchée par la liqueur argentine; elle est recouverte d'un vaste soulèvement de l'épiderme, mais qui ne dépasse pas les limites de la cautérisation.

Le troisième jour au matin, il n'y avait plus de fièvre. Une seule petite plaque rouge existait sous l'aisselle, elle fut touchée de nouveau; dès ce moment, tout le travail morbide avait cessé, la petite malade reprenait sa gaieté ainsi que son appétit. La guérison s'est bien soutenue, les engelures furent pansées avec des linges troués et enduits de cérat.

Ce fait, qui, au point de vue de l'étiologie, peut être assimilé au précédent, est un remarquable exemple de la puissante influence exercée par la médication topique sur cet érysipèle dont la marche ambulante au début menaçait d'envahir toute la périphérie du corps, et d'entraîner les plus fâcheux accidents.

Obs. VI. A la même époque, un jeune garçon de sept ans, frais, dispos et bien portant, après quelques jours de malaise est pris d'un érysipèle de la face, dont le point de départ paraît être une excoriation du menton. L'érysipèle, après avoir parcouru le nez, les yeux, le front, les oreilles et toute la tête, descend en bas de la nuque et gagnait la région lombaire, lorsque je vis l'enfant pour la première fois.

Voici quel était alors son état :

La peau de la face, du cuir chevelu et de la nuque est encore toute tuméfiée, et recouverte de lambeaux d'épiderme sur les pommettes, résultat des phlyctènes de cette région. L'érysipèle a parcouru les membres thoraciques, excepté celui du côté droit, où il n'a pas encore atteint la région du

coude. Tout le torse est envahi et une vaste ceinture rouge, disposée à la manière des sinuosités d'une carte géographique, s'étend en sautoir renversé à la base de la poitrine. Le pouls est à 140 pulsations, la langue est sèche et fuligineuse; l'enfant parle et articule sans intelligence, et sans suite dans ses idées; urines rares, constipation. Tout le pourtour érysipélateux est vigoureusement cautérisé: eau sucrée émétisée pour boisson. Le lendemain, le pouls est à 118; la nuit a été plus calme, mais sans sommeil. La portion d'érysipèle qui occupait l'un des coudes n'a pas franchi cette région; mais à la base du thorax, la maladie a continué sa marche descendante; plusieurs évacuations alvines. Trois cautérisations dans la journée.

Le troisième jour, soulèvement général de l'épiderme partout où la solution a été appliquée. Çà et là, on remarque dans le voisinage quelques nouvelles plaques d'un centimètre de diamètre, mais séparées de la surface primitivement envahie. La fièvre est presque nulle, sommeil une partie de la nuit. Une dernière cautérisation éteint pour toujours la phlegmasie.

On prescrit 60 centigrammes de scammonée, ce qui procure six évacuations, et rien ne vient entraver la marche de la convalescence.

Dans ces deux faits, et dans quelques autres que nous pourrions citer, la solution de nitrate d'argent nous a paru exercer la plus salutaire influence, et si l'observation ultérieure vient confirmer ce que nous avons observé, nous serons heureux d'avoir travaillé à la réhabilitation d'une médication si prompte, si peu douloureuse et si énergique, dans des circonstances des plus difficiles.

Bien qu'il y ait eu des accidents cérébraux, nous n'avons pas eu recours aux pilules que nous avons préconisées dans la forme pathologique que nous avons signalée au commencement de ce travail. Ces accidents n'offraient ni les mêmes caractères ni la même gravité, et l'expérience nous a appris qu'en agissant sur la cutite, on détruisait toute réaction vers les centres nerveux.

Notre honorable collègue, le docteur Desayvre, qui, sur notre invitation, vient de faire l'application de notre solution argentique dans un cas d'érysipèle spontané de la tête qui, de proche en proche, s'est étendu jusqu'en bas du tronc, avec des symptômes réactionnels intenses, chez une femme d'une cinquantaine d'années, épuisée déjà par des maladies antérieures et le virus syphilitique, n'a eu qu'à se louer de cette médication. La marche de la maladie a été enrayée et complétement arrêtée.

J. MASCAREL.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de matière médicale et de thérapeutique, par le docteur J. Pereira, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'hôpital de Londres, l'un des examinateurs de l'Université médicale de cette ville, etc. Troisième édition, considérablement augmentée. 2 gros volumes in-8; Londres, 1849-51. (En anglais.)

Les médicaments, leurs usages et leur mode d'administration, comprenant l'ensemble des trois pharmacopées britanniques, des détails relatifs aux remèdes nouveaux, et un Formulaire, par le docteur J. Moore Neligan, professeur de médecine et ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Dublin. Troisième édition. Un volume in-8; Dublin, 1851. (En anglais.)

Les deux ouvrages dont le titre figure en tête de cet article peuvent être certainement considérés comme représentant l'état actuel des connaissances médicales en Angleterre, relativement à la thérapeutique et à la matière médicale. Accueillis favorablement à leur apparition, améliorés par des éditions successives, ils ont acquis dans ce pays une de ces positions élevées qui n'appartiennent qu'aux œuvres utiles, et que justifient et leurs qualités intrinsèques et la juste réputation de leurs auteurs. C'est donc pour nous une occasion toute naturelle de rechercher où en sont arrivés, chez nos voisins d'outre-Manche, les études thérapeutiques, et quelles sont, sous ce rapport, les tendances actuelles de la médecine en ce pays.

Il y a évidemment deux manières de comprendre la thérapeutique : la première, tout en faisant une large part aux faits empiriques, qui ne sont certainement pas à dédaigner, s'efforce de ramener ces faits empiriques à des règles tirées des diverses circonstances des faits eux-mêmes; elle cherche surtout à rattacher le mode d'action des médicaments à des modifications physiques, chimiques ou dynamiques, qui s'opèrent dans nos tissus sous leur influence ; elle s'efforce encore, par le rapprochement de faits analogues, d'arriver à la détermination des ensembles de remèdes ou des médications qui peuvent, dans un cas donné, remplir ce qu'on appelle des indications ; c'est là ce que nous serions tenté d'appeler la grande thérapeutique, la thérapeutique rationnelle, parce qu'elle seule peut satisfaire l'esprit et la raison. A la vérité, il reste beaucoup à faire pour constituer la science à ce point de vue ; mais est-ce une raison pour y renoncer? Telle n'est pas notre conviction. Et cependant c'est ce qu'on fait dans la seconde manière suivant laquelle quelques auteurs comprennent la thérapeutique. Au

lieu de partir de la maladie, des diverses formes sous lesquelles elle se présente, des conditions particulières dans lesquelles elle se produit, ils se contentent de consigner à propos de chaque médicament, sans réflexion et trop souvent sans critique, les faits empiriques, les faits bruts qui tendent à le recommander dans telle ou telle affection; de sorte que pour le médecin il n'y a plus d'autre liaison entre le médicament et la maladie que celle qui résulte ou de l'ordre alphabétique ou de l'ordre botanique, ou de telle ou telle classification plus ou moins contestable. Autrement dit, le fait est là avec les autorités qui peuvent le rendre recommandable, mais sans la spécification des conditions particulières qui ont pu en réclamer l'emploi et en favoriser le succès, sans rien qui indique la supériorité de tel ou tel moyen sur tel autre, sans rien qui puisse annoncer au médecin les applications particulières ou spéciales de chacun d'eux.

Cette dernière méthode, à la vérité, satisfait davantage le positivisme qui forme le trait principal du caractère de la nation anglaise, et qui règne sans contrôle dans les Ecoles de médecine de ce pays. Là où les études anatomiques et anatomo-pathologiques prédominent, il est évident que l'on a peu de disposition à se contenter d'explications qui font intervenir les forces de l'organisme, qui montrent la lutte entre la force de résistance et les puissances de destruction. Aussi les deux ouvrages que nous avons sous les yeux, malgré leurs qualités éminentes, malgré leur utilité incontestable, sont-ils marqués, à nos yeux, d'une tache originelle. En veut-on une preuve plus frappante que celle-ci: pour M. Pereira, la thérapeutique marche sur le second rang après la matière médicale, c'est-à-dire la main après le marteau qu'elle remue, la tête après le corps qu'elle dirige. Pour M. Néligan, ce sont également les usages et le mode d'action des médicaments marchant après ces médicaments eux-mêmes. Mais que serait donc la matière médicale sans la thérapeutique? De l'histoire naturelle, et rien de plus. Rendons cependant cette justice à M. Pereira, que s'il a cru devoir sacrifier aux idées de son temps et de son pays, il n'a pas craint de consacrer près de 300 pâges de son livre à des prolégomènes qui ne sont, en réalité, que des vues théoriques sur le mode d'action des médicaments, sur les groupes naturels que forment les agents thérapeutiques, sur les indications qu'ils sont appelés à remplir; de sorte que son livre se compose de deux parties bien distinctes, l'une où l'auteur montre comment on devrait faire, et l'autre où il s'abandonne aveuglément aux errements qu'il a en quelque façon condamnés par avance. M. Néligan a cherché à remédier autant qu'il a été en lui à ce défaut, par les détails qu'il a donnés en tête de chaque classe de médicaments; mais il ne suffit pas

de dire d'une manière générale à quoi peut servir une arme qu'on met entre les mains d'une personne inexpérimentée, il faut encore lui en spécifier et les avantages et les inconvénients dans chaque cas particulier. C'est ce que ni M. Pereira ni M. Néligan n'ont pu faire, à cause de l'ordre d'idées auquel ils ont obéi.

Tout cela, bien entendu, ne nous empêche nullement de rendre justice aux qualités éminentes qui distinguent ces deux ouvrages. Le traité de M. Pereira surtout peut être considéré, ainsi que l'auteur l'a écrit sur le titre de son livre, comme une véritable encyclopédie de matière médicale. Nous n'avons rien en France, nous qui sommes cependant si riches en livres classiques sur la matière médicale et la pharmacologie, nous n'avons certainement aucun ouvrage qui puisse être comparé à celui-ci pour le nombre, la richesse et la variété des renseignements qu'il contient, pour l'érudition, et aussi pour l'exécution typographique et la magnificence des gravures qui en illustrent les pages. Plus modeste en ses allures, l'ouvrage de M. Néligan n'en sera pas moins un livre utile pour ceux qui désireraient prendre une connaissance exacte et sommaire de la matière médicale anglaise. Ce qui distingue encore l'œuvre de M. Néligan, c'est que, familier avec notre langue, au courant de toutes les découvertes et de toutes les recherches accomplies dans notre pays, il a su mettre à profit les données thérapeutiques empruntées à la pratique de la France et de l'Angleterre, et faire de son livre un ouvrage parfaitement au courant de la science, et susceptible d'être consulté avec avantage par les médecins des deux pays.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur la constitution médicale actuellement régnante. — Dans l'intéressant article que notre honorable confrère, M. Mascarel, nous a adressé, et que nous avons inséré dans ce numéro, ce médecin signale la fréquence et la gravité des érysipèles qui ont régné et règnent encore dans le pays qu'il habite. Bien que séparé de M. Mascarel par une grande distance, nous pouvons lui dire que la même influence morbide, climatérique ou épidémique, s'est apesantie sur Paris. En effet, de toutes les maladies que nous observons en ce moment, l'érysipèle est peut-être celle qui se montre la plus fréquente, et nous pouvons ajouter aussi, la plus grave. C'est que nous n'observons pas seulement des érysipèles de la face, avec les formes signalées par M. Mascarel, c'est-à-dire tendant à envahir le cuir chevelu et la partie postérieure du cou, s'accompagnant d'un gonflement énorme, de fièvre très-vive et

même d'accidents délirants ; mais pour les causes les plus légères, pour une simple écorchure, pour une simple excoriation de la peau, pour l'application d'un petit vésicatoire, on voit des érysipèles se développer sur le tronc ou sur les membres, envahir rapidement une grande partie du corps, au milieu d'accidents généraux adynamiques des plus graves. Telle a été, dans certains cas, la marche rapide de ces érysipèles, que nous avons vu une de ces phlegmasies cutanées développée autour de la piqûre d'une paracentèse, envahir en douze heures la partie inférieure du tronc et les cuisses jusqu'aux genoux, et enlever le malade en trente-six heures. C'est surtout dans les cas où les érysipèles se sont montrés chez des sujets déjà malades que nous leur avons vu prendre une forme grave, la forme phlegmoneuse. C'est ainsi que, dans un des services de l'hôpital de la Pitié, deux malades, affectés de pneumonie en voie de résolution, ont été pris d'un érysipèle phlegmoneux du membre supérieur droit, avec gonflement énorme, qui a abouti à suppuration, quoi qu'on ait fait, et a entraîné la mort des malades.

Nous avons, du reste, à signaler, comme un côté assez étrange de la physionomie pathologique actuelle, ce fait que les pneumonies, les pleurésies et les bronchites, très-rares pendant l'hiver, ont paru tout d'un coup et en très-grand nombre à partir du mois d'avril et n'ont pas cessé de régner depuis cette époque, au point que les hôpitaux ne furent jamais plus remplis, les médecins et les pharmaciens plus occupés qu'en ce moment. Du reste, ces affections de l'appareil respiratoire étaient toujours marquées par la prédominance de l'élément catarrhal, qui voilait même dans un grand nombre de cas les phénomènes de la phlegmasie pulmonaire. Plusieurs fois même, c'est à l'intensité de la fièvre, à l'altération des traits, à la gêne de la respiration que l'on a pu soupçonner des pneumonies qui étaient loin de se traduire par des phénomènes stéthoscopiques bien tranchés. Enfin, ce qui a dominé et ce qui domine encore avec les maladies des organes respiratoires, ce sont les fièvres éruptives, rougeoles, varioles, scarlatines, pour la plupart cependant sans gravité. Nous avons été témoin cependant d'une complication morbide bien funeste : un embarras gastrique suivi du développement de la scarlatine, et pendant le cours de celle-ci un érysipèle de la face, auquel a succédé, à son tour, une pneumonie qui a enlevé la malade.

La prédominance de l'élément catarrhal a conduit les médecins à faire grand usage, dans tous les cas auxquels nous venons de faire allusion, des évacuants, des vomitifs et des éméto-cathartiques, qui ont toujours été parfaitement tolérés. Néanmoins, malgré l'amélioration qui en a été généralement le résultat, il est beaucoup de cas dans lesquels

la maladie n'a pas été arrêtée, ou bien dans lesquels, momentanément enrayée, elle a repris sa marche. Nous citerons, sous ce dernier rapport, les érysipèles : dans les cas véritablement graves, dans les érysipèles à forme franchement erratique, avec tendance à la forme phlegmoneuse, surtout lorsqu'ils survenaient chez des sujets déjà affaiblis par des maladies antérieures ou actuelles, les évacuants, pas plus que les moyens topiques de quelque nature qu'ils fussent, n'ont pu arrêter la marche progressive de la maladie. Nous avons même vu des incisions nombreuses pratiquées de bonne heure sur les parties qui étaient le siége de l'inflammation phlegmoneuse ne pas empêcher la suppuration d'avoir lieu et l'érysipèle de s'étendre. Dans les phlegmasies de l'appareil respiratoire, les évacuants réussissaient beaucoup mieux; mais, nous le répétons, si la maladie était grave, ces moyens étaient bientôt insuffisants, et en présence de l'affaiblissement graduel des malades, de la fièvre franchement adynamique et des accidents, on voyait surgir une nouvelle indication, celle de l'emploi des toniques, qui achevaient ordinairement ce qui avait été commencé par les évacuants. Nombre de pneumonies, de pleurésies, de bronchites, ne sont entrées en résolution qu'à partir du moment où toute médication perturbatrice a été suspendue et remplacée par du bouillon et du vin de Bordeaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AFFECTIONS CHARBONNEUSES *de l'homme et des animaux (Expériences sur la transmission des).* La médecine vétérinaire est destinée, par la nature et l'objet même de ses études et par les expériences qu'elle comporte, à jeter une très-vive lumière sur certains phénomènes de la pathologie humaine, et en particulier sur la question de la transmissibilité de quelques-unes des affections qui sont communes à l'homme et à diverses espèces animales. Nous croyons devoir, à ce titre, et en raison, autant de l'enseignement qu'elles renferment que de l'autorité avec laquelle elles se présentent, rapporter quelques-unes des expériences qui ont été entreprises par les membres de l'Association médicale d'Eure et-Loir, avec la coopération de M. Rayer, et dont M. Boutet, médecin vétérinaire à Chartres, a exposé les résultats devant l'Académie des sciences et l'Académie de médecine.

Ces expériences sont relatives aux maladies désignées sous les noms de *sang de rate* (du mouton), *fièvre charbonneuse* (du cheval), *maladie du sang* (de la vache), et *pustule maligne* (commune à l'homme et à plusieurs animaux). Nous ne reproduirons de leurs résultats que ceux qui intéressent plus particulièrement la pathologie humaine.

La *pustule maligne* de l'homme se transmet, par inoculation, au mouton. L'expérience est toujours restée sans effet quand elle a été pratiquée sur un cheval, une vache ou un lapin.

Les hommes affectés de pustule maligne sont impunément inoculés, dans leurs parties saines, avec le liquide séreux provenant du pourtour de cette pustule.

Avec ce liquide on ne produit pas plus d'effet quand, au lieu d'un homme, on inocule un mouton, un cheval, une vache ou un lapin.

On détermine cependant la mort

quand, au lieu d'inoculer ce liquide, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané un ou plusieurs lambeaux de la pustule elle-même.

La pustule maligne, ainsi inoculée au mouton, se il animal chez lequel elle a produit de l'effet, se transmet aussi bien du vivant qu'après la mort de l'individu qui a fourni la matière virulente.

Pour les quatre affections dont il s'agit, la mort a lieu chez toutes les espèces animales expérimentées, de seize à cent trente-quatre heures.

Toutes les parties du corps, telles que le foie, la rate, les reins, le tissu cellulaire au pourtour des piqûres d'inoculation, le sang du cœur, des veines, des artères, etc., possèdent également la propriété de tuer par inoculation.

Le virus charbonneux n'a pas paru perdre de ses propriétés en s'éloignant de la source qui l'a produit, pas plus qu'en vieillissant; il tue tout aussi bien et tout aussi vite au quatrième degré d'inoculation qu'au premier, six jours après la mort que le jour même où a succombé l'animal qui l'a fourni.

Ces quatre maladies paraissent être des maladies identiques, sous le double rapport des lésions anatomiques et des effets d'inoculation qu'elles produisent.

A ces expériences, dont tous les médecins apprécieront la portée, les membres de l'Association d'Eure-et-Loir en ont ajouté d'autres d'un grand intérêt, sur l'influence de la cohabitation et du contact d'animaux sains avec des animaux malades, et dont on pourra tirer d'utiles conséquences par analogie pour l'homme.

Sur cinq expériences de cohabitation d'animaux bien portants avec des bêtes mortes ou atteintes de charbon, une seulement a occasionné la mort.

Trois expériences de contact ont eu lieu; deux ont été suivies de mort.

L'alimentation de l'homme et des animaux avec des débris cadavériques provenant de bêtes charbonneuses n'a jamais produit le moindre effet malfaisant.

Cette dernière serie d'expériences, qui n'est pas l'une des moins curieuses et des moins importantes au point de vue économique, est, comme on le voit, entièrement conforme avec les résultats constatés par plusieurs autres expérimentateurs, notamment par M Renault, d'Alfort. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, mai 1852.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (*Fœtus obtenu vivant au moyen d'une incision pratiquée au vagin dans un cas de*) *et rétablissement de la mère après la délivrance.* Quelques faits de grossesse extra utérine observés dans ces derniers temps, et sur lesquels nous aurons plus tard à revenir, donnent de l'intérêt au fait suivant, qui manque, malheureusement, de détails suffisants pour peser d'un grand poids dans la balance, relativement à la conduite à suivre dans les cas de ce genre. Le voici cependant : Appelé à donner des soins à une femme en travail depuis quatre jours sans aucun résultat, bien que les douleurs ressemblassent à celles de l'accouchement naturel, M. le docteur J. King la toucha par le vagin, et constata que l'orifice de la matrice ne pouvait être senti nulle part. La tête du fœtus, qui proéminait au côté droit de l'utérus, avait changé la situation normale de l'enfant. Introduisant un petit bistouri dont la pointe fut recouverte avec le doigt autant que possible, ce chirurgien pénétra à travers le vagin, en enfonçant l'instrument en bas et en arrière, et dans une étendue en longueur de 5 à 6 pouces, de manière à assurer le facile dégagement de la tête de l'enfant. Aussitôt que la section du vagin fut achevée, les eaux, dont les membranes avaient été ouvertes pendant l'opération, s'écoulèrent en abondance. Plongeant alors la main dans le vagin, M. King trouva l'enfant très-haut placé, immobile et sans aucune disposition à descendre dans le bassin. N'espérant aucun secours des contractions de la matrice, il invita les assistants à exercer une pression douce et continuelle sur le ventre. La mère, excitée par l'espérance d'une délivrance prochaine, redoubla énergiquement ses efforts, et mettant en usage le levier, M. King s'aperçut que la tête s'avançait lentement vers le bassin. Toutefois, après deux ou trois heures de tentatives non interrompues, l'extraction de l'enfant fut terminée par l'application du forceps. L'enfant, qui était d'un volume ordinaire et bien conformé, sembla mort en naissant; il fut ranimé par l'insufflation pul-

monaire. L'hémorrhagie résultant de la large incision du vagin, qui ne fut pas très-abondante, modéra l'inflammation adhésive. Le placenta avait de très-petites dimensions, et le cordon ombilical était si grêle qu'il s'était rompu pendant la sortie de l'enfant : il ne s'ensuivit pas d'hémorrhagie. Le lendemain de l'accouchement, forte saignée du bras et mixture anodine. La malade, qui souffrait peu, fut couchée en pente sur le dos, avec la tête très-basse. Le troisième jour, M. King la trouva moins bien, avec une vive douleur au-dessus du pubis. En touchant par le vagin, il découvrit que l'intestin s'avançait vers la plaie, quoique celle-ci fût déjà très-rétrécie. On la coucha sur le côté gauche, avec les hanches très-élevées, pour favoriser la rétraction et empêcher les intestins d'agir par leur poids sur la plaie. Un vésicatoire fut appliqué au-dessus du pubis; mixture anodine et saline trois ou quatre fois par jour. Après quinze jours, cette femme quitta le lit et commença à marcher un peu; les intestins ne descendaient plus par la plaie, qui était cicatrisée. Un mois après, il était impossible de découvrir le point du vagin où l'incision avait été faite; l'utérus reprit sa place naturelle; l'auteur acquit même la certitude que le corps de l'organe avait diminué de volume durant cette grossesse extra-utérine.

Nos lecteurs ont certainement reconnu ce qu'il y avait d'étrange et d'anormal dans l'observation qui précède, de sorte que, sans crainte d'aller trop loin, on peut certainement se demander si c'est bien à une grossesse extrà-utérine que M. King a eu affaire. Sur ce point, nous n'avons trouvé aucun renseignement; tout concourt au contraire à faire penser que c'est, ou bien à une occlusion du col utérin, ou bien à une inclinaison excessive de l'utérus, qu'était dû l'obstacle apporté à l'accouchement. A quoi attribuer, en effet, si ce n'est à cette cause, l'absence d'orifice utérin constatée par l'auteur? A quoi eût pu servir la coopération de la femme, si le fœtus avait été placé en dehors de la cavité utérine? Notons également que l'auteur n'a rien dit des difficultés que présente ordinairement, dans les cas de grossesse extrà-utérine, l'extraction du placenta; notons encore qu'il n'est fait mention de la sortie prétendue de l'intestin par la plaie, que le troisième jour, et qu'il a suffi de donner à la malade une position différente dans son lit pour obtenir la réduction de l'anse intestinale. Il est donc probable que M. King s'est laissé faire illusion par quelque anomalie dans la situation de l'utérus, et qu'il n'a pénétré que dans la cavité utérine elle-même, et nullement dans la cavité abdominale. (*American medic. Repository*, et *Gaz. des hôpit.*, mai.)

LUMBAGO (*Traitement du*) *par les applications de tartre stibié et de térébenthine.* Ce traitement, proposé par M. Delfrayssé pour la guérison des lumbago et des sciatiques graves, consiste dans l'application d'un liniment dont voici la formule.

Pr. Essence de térébenthine. 30 gram.
Tartre stibié. 4 gram.

pour un liniment à étendre sur la région malade en quatre frictions, à une heure d'intervalle. Telle est, d'après notre confrère, l'efficacité de ce moyen, que lumbago ou sciatiques sont guéris en quelques instants. Néanmoins M. Delfrayssé ne fait connaître que trois cas, deux de lumbago et un de sciatique, et c'est bien peu pour affirmer des résultats aussi heureux et aussi constants. Nous regrettons aussi que notre confrère n'ait pas donné au public médical les motifs qui l'ont décidé à ajouter du tartre stibié à l'essence de térébenthine. Par elle-même, l'essence de térébenthine est un excellent moyen pour traiter les douleurs rhumatismales et névralgiques, surtout les douleurs anciennes, de sorte qu'il est bien permis de se demander quelle est la part qu'il faut faire, dans le succès obtenu par M. Delfrayssé, à l'essence de térébenthine et au tartre stibié. Une dernière circonstance nous porte à croire que l'addition du tartre stibié est une chose tout à fait inutile, c'est que dans aucune des observations de M. Delfrayssé il n'est parlé d'éruption à la peau, de cette éruption pustuleuse caractéristique que déterminent les frictions avec la pommade stibiée. Ce serait donc, il faut l'avouer, faire une bien grande part à l'absorption du tartre stibié par la peau, surtout après des frictions aussi peu soutenues que celles qui ont été faites dans ces cas, que de voir dans ce soulagement immédiat pro-

duit par le liniment un effet tenant à une sorte de spécialité d'action qui modifie la susceptibilité des tissus. A notre avis, tout est au contraire dans l'effet local, dans la puissante dérivation produite par l'essence de térébenthine, et peut-être aussi dans l'action calmante spéciale de cette substance. (*Gaz. des hôpitaux*, mai.)

LUXATION *du coccyx par suite d'une chute; réduction; guérison prompte*. La rareté de cet accident, et par suite l'incertitude dans laquelle le médecin peut se trouver relativement au moyen de la traiter, nous engagent à consigner le fait suivant, rapporté par M. Léon Boyer. Appelé à donner des soins à une dame de quarante ans, qui avait fait une chute sur les fesses dans un escalier, et chez laquelle le bord de l'une des marches était venu frapper violemment le bas du sacrum, ce médecin trouva cette dame couchée sur le côté gauche, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, accusant seulement la douleur d'une contusion simple si elle restait immobile, mais percevant, au moindre mouvement, les plus vives douleurs et disant sentir alors dans le fondement comme un corps étranger qui tendait à sortir. La pression sur la région sacréo était douloureuse; toutefois il était facile de constater que le sacrum n'avait point éprouvé de déplacement, non plus que les autres os du bassin, qui conservaient leur fixité pendant les mouvements imprimés aux membres inférieurs. M. Boyer introduisit l'index dans le rectum, soupçonnant une lésion de l'extrémité du sacrum ou du coccyx, et chercha à atteindre ce dernier os; il n'y parvint pas d'abord; cependant en poussant un peu plus fort, il s'assura qu'il avait exécuté un mouvement de bascule d'arrière en avant et qu'il était en même temps dévié de gauche à droite. En se faisant alors pousser fortement le coude, il parvint à l'accrocher avec le doigt et à le remettre en place; il perçut dans ce mouvement au bout du doigt comme une sensation de crépitation, bien légère sans doute, mais pourtant réelle. Quelques minutes après, la malade déclara qu'elle souffrait moins et qu'elle ne sentait plus son corps étranger, elle put étendre les jambes et les cuisses et se coucher sur le dos. Le cinquième jour, la malade se levait et continua à en faire autant les jours suivants, malgré les recommandations qui lui avaient été faites de garder le repos au lit. La luxation ne s'est pas reproduite. (*Revue méd.-chir.*, avril.)

NÉVRALGIES (*Nouveaux faits à l'appui de l'inoculation des sels de morphine dans le traitement des*). Rappeler l'attention sur des choses utiles et qui tendent à être oubliées, nous paraît un moyen de rendre au moins autant de services à la médecine, que de propager des nouveautés encore incomplètement jugées et qui disparaîtront peut-être demain devant une expérience plus longue et plus attentive. Les mémoires que M. le docteur Lafargue, de Saint-Emilion, a publiés il y a quelques années, dans ce journal, ont certainement mis hors de doute toute l'efficacité de l'inoculation médicamenteuse appliquée au traitement de diverses maladies. On a bien droit de s'étonner qu'une pratique aussi simple et aussi utile ne se soit pas davantage généralisée. Ainsi nous avons des remerciements à faire à un jeune médecin, M. le docteur Hayem, qui n'a pas jugé ce sujet indigne de lui servir de thèse. M. Hayem ne s'est pas borné, d'ailleurs, à consigner dans son travail les résultats obtenus par M. Lafargue et par quelques autres médecins: il a expérimenté les inoculations d'hydrochlorate de morphine au point de vue physiologique et thérapeutique.

Au point de vue physiologique, il a noté, comme M. Lafargue, l'apparition de cette papule entourée d'une auréole rouge, si bien décrite par ce médecin; il a noté aussi chez ces sujets les effets physiologiques de la morphine, seulement plus ou moins marqués suivant le sexe, le tempérament, les caractères de l'enveloppe cutanée; ces effets étant bien plus prononcés chez les femmes et chez les sujets qui, par leur tempérament et l'aspect de leur carnation, se rapprochent le plus des conditions de la femme.

Au point de vue thérapeutique, il a rapporté sept faits qui lui appartiennent; l'un de névralgie prétibiale, l'autre de névralgie sus-orbitaire, le troisième de névralgie intercostale, les autres de névralgie sciatique, guéris par ces mêmes inoculations. Dans le premier cas la

douleur était extrême ; une trentaine de piqûres furent pratiquées sur le trajet du cordon douloureux, et 6 centigrammes d'hydrochlorate de morphine furent ainsi portés sous l'épiderme. Le membre fut ensuite enveloppé de compresses trempées dans une forte décoction de têtes de pavot, par-dessus lesquelles une flanelle, un morceau de taffetas gommé, maintenus à l'aide d'une bande, terminèrent le pansement. Presque dès les premières piqûres, la malade fut soulagée ; elle n'accusait plus qu'un peu d'engourdissement dans le membre ; du narcotisme, quelques vomissements se manifestèrent. Une heure et demie après l'opération, la malade s'endormait d'un profond sommeil, doux repos dont elle était presque complétement privée depuis quelque temps ; mais la douleur reparut très-vive pendant la nuit. Le lendemain nouvelle inoculation ; la douleur fut beaucoup moins forte, ainsi de suite, après cinq séances, la guérison était complète. Dans le second cas, 5 centigrammes de sel de morphine délayé dans l'eau furent inoculés, à l'aide de la lancette, sur le trajet du nerf sus-orbitaire et de ses rameaux endoloris ; on appliqua par-dessus des compresses trempées dans de l'eau émolliente fortement opiacée, et un morceau de taffetas gommé. Disparition de la douleur ; céphalalgie, vertiges, nausées, sommeil. Le soir, réapparition de la douleur, combattue par une nouvelle inoculation ; on les répéta encore le lendemain et les deux jours suivants : la névralgie disparut complétement. Dans le troisième cas, névralgie intercostale occupant cinq espaces intercostaux ; la douleur fut calmée par les inoculations successives de 6 centigrammes d'hydrochlorate de morphine ; néanmoins, la persistance d'une douleur obscure et obtuse obligea à l'application d'un vésicatoire qui débarrassa le malade. Dans le quatrième cas, névralgie sciatique persistant malgré des ventouses scarifiées : l'inoculation de 8 centigrammes de morphine fut suivie de l'abolition presque complète de la douleur, mais aussi de vertiges, de vomissements, de contraction des pupilles, de troubles dans les idées, de sommeil interrompu. Réapparition des douleurs au réveil ; nouvelle inoculation de 5 centigrammes, répétée quatre jours de suite ; guérison complète. Dans le cinquième cas, guérison complète par les inoculations seules. Dans le sixième, il fallut les faire suivre de l'application de vésicatoires volants. Dans le septième, il y eut un amendement des plus marqués.

M. Hayem a fait connaître ensuite quelques faits de rhumatisme articulaire localisé, soulagé par ces inoculations ; mais le fait le plus intéressant est celui qui lui a été communiqué par M. Malgaigne, qui a guéri presque instantanément une urétrite sèche s'accompagnant de douleurs vives dans le canal, par une soixantaine de piqûres pratiquées sur le siége de la douleur. (*Thèses de Paris*, 1852.)

RACHITISME (*Règles à suivre dans le traitement du*) *par l'huile de foie de morue*. Les excellents effets de l'huile de foie de morue dans le traitement du rachitisme sont aujourd'hui tellement reconnus, que nous croyons parfaitement inutile d'insister sur ce point ; mais il n'en est pas de même des règles à suivre dans l'emploi de ce traitement. Voici pourquoi nous empruntons à une bonne thèse de M. Beylard celles qu'il a vu suivre dans cette maladie par M. le professeur Trousseau.

Le mode d'administration et les doses de l'huile de foie de morue, dit M. Beylard, varient avec l'âge des malades. Jusqu'à un an ou dix-huit mois, on donnera le sein de nouveau si l'enfant a été sevré, ou bien on le mettra à la diète lactée, en interdisant toute autre alimentation qui serait trop substantielle ; l'une ou l'autre de ces précautions est presque indispensable à la réussite. En même temps, on fera prendre chaque jour une dose de 10 à 15 grammes d'huile de foie de morue, soit dans un looch, soit mêlée à du café, du sirop de Tolu, ou mieux encore du sirop d'écorces d'oranges. Ces mélanges ne sont pourtant pas indispensables ; car M. Beylard dit avoir vu souvent, dans le service des nourrices de M. Trousseau, des enfants qui prenaient au bout de quelques jours ce remède en nature, et avec une sorte d'avidité. Ce traitement si simple suffit, dans les cas ordinaires, pour faire cesser, en moins d'une semaine, les douleurs si vives que les enfants éprouvent, et pour redonner en peu de temps une certaine consistance

aux os. S'il survient un peu de diarrhée, ce qui arrive le plus souvent, on donnera du sous-nitrate de bismuth, ou de la poudre d'yeux d'écrévisse, et l'on mettra dans le lait qui sert d'aliment à l'enfant quelques grammes de bicarbonate de soude. Quand ces précautions ne suffisent pas, il est convenable de diminuer la dose ou de cesser l'usage de l'huile pendant un ou deux jours pour le reprendre aussitôt; en agissant ainsi chaque fois que la diarrhée se manifeste, on s'en rend aisément maître, et l'on ne se trouve point forcé d'abandonner complétement un remède aussi précieux.

De deux à quatre ans, il faudra encore insister sur une diète lactée, mais moins absolue; on y joindra quelques potages gras, des œufs, quelques légumes; on portera la dose d'huile à 15 ou 30 grammes, selon la tolérance du tube digestif; si le sujet est très-débile, on donnera des toniques amers, le quinquina, la gentiane. Lorsque l'enfant a été gravement atteint par le rachitis, il doit rester couché le plus possible, et n'essayer de marcher que lorsque, se tenant debout seul, il n'éprouve plus aucune douleur; mais même alors l'exercice sera très-graduel et très-modéré, afin que le poids du corps n'occasionne aucune fracture ou aucune nouvelle courbure, et n'empêche point les anciennes lésions de disparaître.

Au-dessus de quatre ou cinq ans, on donnera une alimentation substantielle, en ayant soin d'éviter toute nourriture indigeste, et en suivant, du reste, les mêmes indications; seulement, la dose d'huile sera de 30 à 60 grammes par jour, en une ou deux fois.

Chez l'adulte, il ne faut négliger ni le séjour à la campagne, ni l'insolation, ni les bains de mer qui, dans plusieurs occasions, ont été d'une grande utilité. Si la maladie est en voie de guérison, et que la marche ne soit pas trop difficile, un exercice très-modéré aura un bon effet; dans le cas contraire, les malades resteront couchés, et on les entourera de tous les soins nécessaires pour éviter les secousses, les déformations et les fractures qui en sont les suites: aussi, des coussins nombreux et de toutes dimensions, et des attelles lâchement fixés, maintiendront le tronc et les membres dans leur direction normale; s'il y a des complications, telles que des crampes, des contractions permanentes des muscles, on combattra ces accidents par des narcotiques; mais ces accidents sont des épiphénomènes. et c'est surtout à l'essence de la maladie qu'il faut s'attaquer. (*Thèses de Paris*, 1852.)

VARIÉTÉS.

SUPPLIQUE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

En faveur de la création d'une maison et d'une Caisse de retraite pour les médecins vieux et infirmes.

(M. Munaret vient de communiquer à l'Union médicale la supplique qu'il adresse au Président en faveur de la création d'une maison et d'une Caisse de retraite pour les médecins vieux et infirmes. La pensée généreuse qui a guidé notre confrère nous fait un devoir de lui prêter notre publicité, bien que dans notre opinion ce fût plutôt à une association bien entendue et largement comprise à venir au secours de ces nobles infortunes.)

. . . .

Permettez-moi de vous dire, Prince, qu'il y a, en France, une classe d'hommes des plus honorables, des plus instruits, des plus utiles et des plus dévoués à l'ordre, qui peut revendiquer une part au moins égale à votre sollicitude; car, dans l'exercice de leur noble ministère, ils ont besoin d'une activité plus incessante que celle de l'ouvrier, — d'un courage plus soutenu, j'oserai même ajouter aussi HÉROÏQUE que celui du soldat.

Les médecins! — mais ce sont les ouvriers des ouvriers... Ils sont sur pied à toutes les heures du jour et de la nuit; ils s'inquiètent, ils espèrent, ils luttent incessamment contre la maladie, les préjugés et l'ingratitude; ils travaillent pour faire vivre les autres et pour vivre eux-mêmes, — et ne pouvant plus se servir de leurs mains qui tremblent, de leur vue qui baisse, de leur mémoire qui s'embarrasse, de leurs jambes qui fléchissent, — ils souffrent et se contentent de dire, comme Martin Luther, arrêté devant le cimetière de Worms, et étendant ses mains vers les morts : *Invideo, invideo, quia quiescunt*...

Les médecins! — vous les avez vus, Prince, sur un champ de bataille; tremblent-ils, sous le feu, agenouillés devant le soldat blessé qu'ils pansent?

En Egypte, le médecin en chef de notre armée s'inocule la peste, et par cette héroïque imprudence, la sauve...

> Desgenettes est son nom; sur un marbre pieux
> La Grèce l'eût inscrit au nombre de ses dieux.

Chervin se dévoue volontairement, au milieu de toutes les privations et de toutes les fatigues, pendant huit années, à la cause de la non-contagion de la fièvre jaune, et, après avoir affranchi l'Europe du lourd fardeau qu'elle paye à une fausse opinion, meurt dans la misère, insolvable!...

En 1831, quel exemple de zèle donné par les médecins de France, qui volèrent au secours de la Pologne! — Des soixante qui partirent, quinze y trouvèrent le martyre...

Et l'année suivante lorsque cet épouvantable fléau, qu'on nomme *choléra* fondit sur la capitale, et que tout ce qui pouvait fuir fuyait, n'a-t-on pas vu les médecins se précipiter à sa rencontre, impatients de le voir et de se mesurer avec lui?

Au lieu d'ajouter d'autres faits non moins glorieux, et dont l'histoire ancienne et contemporaine abonde, je prendrai la liberté de vous faire remarquer, Monseigneur, que si la gloire électrise l'homme d'armes, — si la foi, qui peut transporter des montagnes, les fait franchir par son missionnaire, — il n'y a que le devoir qui anime les médecins et impose silence à leur instinct de conservation.

Les médecins! — Quels sacrifices leur sont imposés! Point de tranquillité, peu de sommeil, plus de doux loisirs! La *dure nécessité* les arrache impitoyablement à l'étude, à l'amitié, aux voyages, à la poésie... — Il ne leur est pas licite de se décharger d'un présent trop lourd, *inutile pondus!* en se reposant dans les bras de l'oisiveté, en disant : demain, je ferai... demain ne leur appartiendra pas plus qu'aujourd'hui; ils doivent vivre avec les malades, par les malades et pour les malades...

Et quelle responsabilité! — Celle du prêtre ne relève que de Dieu; celle des médecins a Dieu pour juge et les hommes pour impitoyables et injustes accusateurs. — « C'est un droit de vie ou de mort, ce sont des peines morales à eux seulement connues, qui les empêchent de dormir sur l'oreiller le plus doux .. C'est la fièvre de toutes les fièvres qu'ils traitent; issue incertaine, d'où peut dépendre, avec l'existence d'un client, leur réputation .. Autant de gouttes d'eau qui finissent par creuser le cœur comme le rocher, parce qu'elles y tombent, incessantes et à la même place (1). »

Les médecins! — Ah, Monseigneur! s'il m'était permis, dans une lettre, de vous initier à toutes les études immenses, arides, dangereuses même, auxquelles ils ont sacrifié leur jeunesse et souvent leur patrimoine, pour acheter ce morceau de parchemin, timbré et scellé, qu'on appelle un DIPLÔME!... Parchemin qui ne leur est utile, dans les villes, qu'autant qu'ils ont la patience et les ressources nécessaires pour attendre encore dix années une clientèle de quelques centaines de francs... Parchemin que l'on confond, à la campagne, avec la patente d'un marchand d'eau de Cologne!...

S'il m'était permis aussi de vous démontrer, avec des faits et des chiffres, que la *position* acquise aux médecins, dans le monde, est loin, bien

(1) *Du médecin des villes et des campagnes*, etc., par le docteur Munaret, page 370.

loin d'être en rapport avec la gravité des intérêts qui leur sont confiés, et ne leur assure pas des moyens d'existence capables de les rémunérer de la difficulté et de la grandeur de leur mission; — qu'en définitive, d'après un observateur aussi compétent que M. Reveillé-Parise, sur *cent* jeunes médecins, il n'y en a pas DIX qui arrivent à un tolérable état de médiocrité, et que la GRANDE MAJORITÉ végète en attendant le nécessaire...

Vous seriez péniblement étonné, Prince, — et l'étonnement faisant bien vite place, dans votre âme généreuse, au désir de vous *mettre du party battu de la fortune, pour secourir les affligés* (1) du corps médical, vous me feriez peut-être l'insigne honneur de me demander quelle serait l'huile à verser sur toutes ces plaies, et comment vous pourriez calmer cette poignante inquiétude d'avenir qui est le supplice de tant d'hommes de mérite, n'ayant su, comme l'a dit Montaigne, *appâter commodément leurs vieux ans et les adoucir*..

Pauvres pèlerins! ils descendent la colline, en pensant au temps qui fuit..., à ce froid hiver qui va succéder à leur été; au manteau qu'ils n'auront pas, pour se protéger contre ses rigueurs!...

En continuant cette hypothèse, Monseigneur, je vais prendre pour thème de ma réponse ces graves paroles de la Commission permanente du Congrès médical : « La nécessité d'une nouvelle organisation est un fait universellement reconnu ; les conquêtes brillantes de la science ne peuvent cacher les tristes plaies de la profession ; l'exercice de l'art est entouré d'abus innombrables; le charlatanisme l'exploite et le déshonore; personne ne révoque en doute l'utilité des réformes, on est d'accord sur les améliorations les plus urgentes, et cependant aucune d'elles ne s'accomplit... »

Je ne pourrais pas vous dénombrer les *abus*, puisqu'ils sont *innombrables*... Je n'oserais pas même vous les signaler, *plura non scribam, quia vetant et dolor et pudor seculi* (2)...

Oui, Monseigneur, la Société ne ferait qu'acquitter une dette, en venant en aide aux médecins invalides. — « Dans les villes, la charité publique suffit à sa quote-part des huit millions d'indigents; à Paris, par exemple, les hôpitaux et hospices contiennent 17,540 lits destinés aux pauvres malades ou infirmes; tandis que, dans les campagnes, il faut que les médecins s'en chargent; il faut que nous partagions notre temps entre ceux qui nous payent et ceux qui ne le peuvent pas; il faut distribuer des médicaments chèrement achetés, à ceux qui tardent pour nous rembourser seulement le prix de cette fourniture, et à ceux qui n'ont pas seulement de quoi manger... (3). »

Voici les dispositions fondamentales de mon projet :

1° Une MAISON DE RETRAITE sera fondée sous le patronage du Prince-Président, — avec le concours du gouvernement, — et le produit de souscriptions, dons et legs particuliers, — en faveur des médecins qui auront exercé honorablement pendant quarante ans, en France, — et seront privés, par l'âge ou par les infirmités, de tout moyen de continuer leur profession et de pourvoir à leur existence.

Les médecins qui, — sans distinction d'âge, — se trouveront dans la même incapacité d'exercer, par suite d'accident résultant de l'étude ou de la pratique, seront également admis dans la MAISON DE RETRAITE.

L'une des résidences, située dans les environs de Paris, sera affectée, ainsi que ses dépendances, à cette philanthropique destination.

Une succursale sera établie, dans le midi de la France, pour recevoir les médecins invalides auxquels une température plus chaude conviendra.

2° Une CAISSE DE RETRAITE sera aussi fondée, — avec les mêmes ressources, — pour aider à faire vivre les médecins mariés, dont l'invalidité aura été légalement établie, et qui ne voudront pas se séparer de leurs familles.

D'après mes renseignements statistiques, il y a *quatre cents* médecins environ, en notre « beau pays de France », — trop vieux ou infirmes pour travailler, trop hauts pour demander et trop honnêtes pour emprunter,—

(1) Charron.
(2) Guy-Patin.
(3) Annuaire de l'économie médicale, par le docteur Munaret, page 49.

qui se trouvent dans la rude condition de faire valoir leurs droits à la *retraite* que je sollicite...

Dans son compte-rendu de cette année, M. le docteur Perdrix, secrétaire général de l'Association des médecins du département de la Seine, a cité deux exemples de misère médicale, la plus navrante, la plus imméritée!... « Des demandes de secours, dit-il, nous ont été adressées des départements les plus éloignés, et les malheureux confrères qui en étaient l'objet étaient âgés l'un de quatre-vingt-treize, l'autre de quatre-vingt-seize ans. Ce dernier, après avoir exercé pendant plus de soixante-dix ans dans des communes pauvres, et par conséquent sans rémunération, pour ainsi dire, de ses services, après avoir donné de longues preuves de dévouement pendant les épidémies si communes dans ces localités, ce vieillard se trouvait dans un dénûment absolu! La demande de secours avait été faite et adressée à l'Académie de médecine, qui nous l'a renvoyée, par les maires des sept communes où ce pauvre confrère avait donné tant de preuves d'humanité et de désintéressement. » — Ces sept communes et les sept magistrats étaient donc bien dénués de ressources, pour ne pouvoir ouvrir un asile si bien mérité à cette grande infortune!

Nicolle disait au célèbre Arnaud : « Ce n'est pas la vérité qui persuade les hommes, ce sont ceux qui la disent. »

Celui qui vous écrit, Monseigneur, n'est qu'un médecin de village, mais des hommes éminents dans le corps médical ont bien voulu apostiller sa supplique.

C'est une sage politique qui vous invite à la méditer ; en améliorant progressivement le sort de tous et en recherchant les moyens de classer chacun, vous empêcherez les individualités déplacées, les âmes froissées, les intelligences sans emploi, de s'agiter et d'agiter de nouveau cet ordre social que vous avez si magistralement rétabli.

C'est une suprême équité qui vous fera comprendre que si, jusqu'à présent, les fonctionnaires publics, depuis le ministre jusqu'au gendarme et au garde champêtre, ont obtenu, pour avoir occupé des emplois bien payés et bien considérés, des subventions, la croix d'honneur et une *retraite*..., le moment est venu d'acquitter une dette sacrée, celle du pays, contractée avec le médecin qui s'est *appauvri* en faisant au nom et pour le compte de la société une avance de secours et de médicaments à ses pauvres...

C'est enfin, Monseigneur, le dernier cri de l'humanité souffrante et la plus honteuse de souffrir. Un malheureux, en haillons, peut tendre la main et recevoir, sans rougir, l'obole de la pitié : n'est-il pas mille fois plus à plaindre celui qui est atteint par le carcinôme hideux de la gêne, et qui, loin de s'en plaindre, le cache sous un habit jusqu'à ce qu'il tombe, comme le Lacédémonien dont parle l'histoire, le cœur rongé?...

Nous souffrons en silence, dit encore M. le docteur Le Borgne, et avec un certain vernis extérieur de bien-être, parce que beaucoup de médecins ont le courage qui supporte le malheur, la résignation qui l'adoucit, et comme une sorte d'héroïsme qui se place au-dessus.

Un jour, Prince, j'allais visiter un bon vieux médecin de campagne, mon voisin, qu'on m'avait dit être malade; il avait cinquante-deux ans de service et zéro d'économies... Un modeste mobilier, quelques livres et une maigre monture représentaient tout son avoir.

Je me trompe, ce médecin possédait encore une gouvernante presque aussi vieille que lui, excellente fille qui savait discrètement suppléer aux honoraires de son *maître*, avec les quelques sous qu'elle gagnait avec son fer à repasser.

— Eh bien! lui dis-je, vous voilà donc au lit?

— Hélas! oui, mon ami, me répondit-il, et j'espère bien dire enfin, avec Juste Lipse, *ad lectum, ad lethum*...

— Des idées noires?... allons donc! Je ne vous reconnais plus... Réparez vos forces, calmez un peu votre tête, en vous rappelant tout le bien que vous avez fait, et dont la Providence vous tiendra compte une fois... Vous connaissez le mot de Chateaubriand : « La plus belle couronne du vieillard, ce sont ses cheveux blancs et le souvenir d'une vie honorable. »

— Une couronne!... Ah! mon ami, une couronne de boulanger *ferait bien mieux mon affaire*...

Telle fut sa réponse, et il la fit avec cette amertume qu'un mourant ne se donne pas la peine de dissimuler.

Quelques jours après, Monseigneur, j'accompagnais mon voisin au cimetière, sa *maison de retraite*, et son cheval fut vendu pour payer ses modestes funérailles...

La morale de mon histoire, Prince, je l'ai trouvée dans ce vers d'Émile Augier :

« Noblesse oblige, indigence encor plus. »

J'ai l'honneur d'être, etc.,

Dr MUNARET,
Médecin à Brignais (Rhône).

Le concours pour quatre places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Sée, Delpech, Chapotin de Saint-Laurent, et Hillairet.

La Société des sciences, belles-lettres et arts du Hainaut a mis au concours la question suivante : Indiquer les causes, les symptômes, le caractère et la thérapeutique de la coqueluche, et en particulier les effets de la racine de bella lone dans cette maladie, considérée comme moyen curatif et préservatif. » — Prix : une médaille d'or.

En vertu d'un décret du président de la République, en date du 15 mai, et sur la proposition du ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies, les jeunes gens qui désirent être admis à étudier dans les écoles de médecine navale, ou prendre part au concours pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de troisième classe de la marine, devront justifier, jusqu'au 1er octobre 1855, soit du titre de bachelier ès lettres, soit de celui de bachelier ès sciences. A dater du 1er octobre 1855, nul ne sera admis à étudier dans les écoles de médecine de la marine ou à concourir pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de première classe, s'il n'est pourvu du diplôme de bachelier ès sciences.

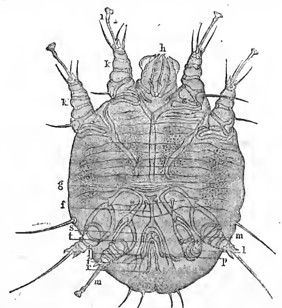
Par suite de la fusion en une seule des deux sections de médecine et de chirurgie du corps de santé militaire, M. le ministre de la guerre a soumis à l'approbation du prince Président de la République un travail de classement des officiers de santé dans l'ordre qu'assignent à chacun d'eux son rang d'ancienneté et sa position dans l'une des deux professions de médecine et de chirurgie. Dans ce classement, les médecins et les chirurgiens sont successivement inscrits dans les nouveaux cadres par séries proportionnelles à leurs effectifs respectifs, en commençant toujours par le plus ancien ; pour en citer un exemple, dans la fusion de 44 médecins ordinaires de deuxième classe avec 158 chirurgiens-majors de deuxième classe, le 11e, le 22e, le 33e des médecins se retrouvent, comme ils l'étaient précédemment, classés au quart, à la moitié, aux trois quarts de l'effectif de leur grade ; de même pour les chirurgiens. Par suite de la fusion, 256 chirurgiens aides-majors de deuxième classe deviennent médecins aides majors de deuxième classe, 10 chirurgiens aides-majors, qui ne sont pas docteurs, sont mis hors de cadre, tout en conservant leurs fonctions, et seront comptés en déduction de l'effectif jusqu'à leur admission à la retraite ou leur réception au grade de docteur. Les chirurgiens sous aides, y compris ceux qui sont aujourd'hui commissionnés comme chirurgiens aides-majors, n'ayant pas de place dans la nouvelle organisation, restent classés à la suite du cadre jusqu'à ce qu'ils aient rempli les conditions voulues pour être nommés médecins aides-majors de deuxième classe. La fusion des deux sections de médecine et de chirurgie prendra, comme l'organisation du corps, la date du 23 mars 1852.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'ENTOMOLOGIE DE L'ACARUS DE LA GALE : DÉDUCTIONS APPLICABLES A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE.

Le *Bulletin de Thérapeutique* est peut-être le journal de médecine où se trouvent consignés les travaux les plus complets sur la gale ; ainsi, en 1834 nous avons publié un Mémoire de M. Raspail sur l'acarus, au point de vue entomologique et pathologique (tome VII, p. 169), et, depuis, nous avons inséré plusieurs articles didactiques de M. Devergie sur la cause présumée de cette maladie (tome XXXII, p. 97 et 199). Afin de compléter ces documents importants, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs une note lue à la Société de médecine par M. Bourguignon, à propos de la découverte de l'acarus mâle, en la faisant suivre des déductions qui, suivant cet honorable confrère, sont applicables à la pathologie et à la thérapeutique de la gale.



(Fig. 1. *Acarus mâle.*)

L'acarus mâle de la gale chez l'homme est, dit M. Bourguignon, comme la femelle, testudiniforme. Son volume, qui dépasse à peine celui d'une jeune larve, est de 1/5 de millimètre en longueur et de 1/6 de millimètre en largeur. Il est représenté fig. 1re, et, pour faire

ressortir les points de comparaison à établir entre lui et la femelle, celle-ci est également représentée fig. 2. Le mâle est dessiné à un grossissement de 300 diamètres ; la femelle, à une amplification de 180 diamètres seulement ; et, bien qu'il y ait 120 diamètres d'amplification en faveur du mâle, la femelle, comme il est facile de le voir à l'œil nu, l'emporte encore d'un quart sur lui. Mais le volume, les formes extérieures, ne peuvent offrir que des caractères distinctifs secondaires ; les organes génitaux seuls ont une importance réelle, décisive ; fixons donc sur eux notre attention.

L'acarus mâle porte ses organes sexuels, comme la plupart des acarus, du côté de la face abdominale, entre les épimères des pattes postérieures (fig. 1re, *f*). La femelle ne présente, au contraire, rien de semblable dans la même région. L'appareil génital se compose de quatre parties principales : une première, qui prend naissance entre les épimères de la dernière paire de pattes postérieures, et se divise en deux branches (*f'*) ; une seconde (*s*), comprise dans les divisions de la première ; une troisième (*r*), également enclavée dans les deux divisions de la seconde ; et enfin une quatrième, placée au-dessous et non dessinée, parce qu'il aurait fallu sacrifier l'insecte pour la mettre en évidence, et qui n'est autre que le pénis.

Les organes génitaux de l'acarus mâle de l'homme ont un développement considérable, eu égard au volume de l'insecte ; il s'en faut que ceux de l'acarus mâle du cheval ou du mouton soient aussi apparents. Il sera donc facile, sans y apporter une grande attention, de distinguer le mâle de la femelle. Si, par hasard, l'insecte mâle se trouvait recouvert, comme cela arrive quelquefois, par des pellicules ou des corps étrangers qui empêchassent d'apercevoir les organes sexuels, l'observateur pourrait encore reconnaître le mâle à l'inspection des pattes postérieures. Il porte constamment, en effet, un ambulacre armé d'une ventouse à la dernière paire des pattes postérieures (*m*), tandis que la femelle est pourvue d'un long poil aux mêmes pattes (fig. 2, *e*). Il suffit donc de découvrir l'extrémité de la dernière paire des pattes postérieures, pour dire, avec certitude, si c'est un mâle ou une femelle qu'on a sous les yeux.

Les organes génitaux, l'ambulacre armé d'une ventouse, ne sont pas les seules différences d'organisation qu'on remarque entre le mâle et la femelle ; la conformation des épimères des pattes postérieures offre encore un caractère distinctif aussi constant, comme il est facile de le voir en comparant les épimères des pattes postérieures du mâle (fig. 1re, *g*), qui sont réunis en une seule pièce, avec ceux de la femelle (fig. 2, *x*), qui sont séparés.

L'inspection de la face dorsale permettrait encore, jusqu'à un certain point, de reconnaître les sexes. La femelle porte, en effet, sur la face dorsale, qui est convexe et sinueuse, des appendices cornés de trois espèces, différents en volume et en grandeur, et d'autant plus petits qu'ils sont plus rapprochés du sommet de la convexité. Ces organes, qui rendent possible la marche de l'insecte dans les sillons, si nécessaires à la femelle, manquent en grande partie chez le mâle. Celui-ci diffère encore de la femelle par son aspect général : il n'est jamais blanchâtre, brillant, replet, globuleux ; mais, au contraire, noirâtre, aplati, irrégulier dans ses contours. Un angle rentrant se remarque principalement sur ses bords, au niveau des pattes postérieures. Son agilité est extrême ; déposé sur la peau en même temps qu'une femelle, celle-ci agite à peine ses pattes, que déjà il a fui avec rapdité.

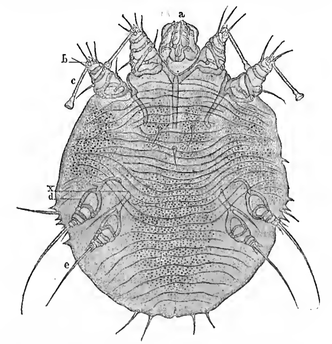
Les différences d'organisation mentionnées entre le mâle et la femelle doivent nécessairement entraîner quelques modifications dans leurs fonctions vitales, et fournir des notions nouvelles applicables à la pathologie. Arrêtons notre attention sur ces divers points.

L'acarus mâle passe, comme la femelle, par l'état de larve, avec six pattes seulement, avant d'être insecte parfait, et rien, pendant cette phase de son existence, ne fait soupçonner quel sera son sexe. Mais bientôt la première métamorphose se prépare ; l'insecte jette sa première enveloppe, et apparaît pourvu de ses huit pattes et des organes propres à son sexe : tel il sort de cette première transformation, tel il restera toute sa vie.

Qu'il se trouve sur la peau par l'effet d'un développement régulier, qui d'embryon le fait insecte parfait, ou qu'il y soit transporté par l'effet d'une transmission directe d'un galeux à un homme sain, son premier soin est de trouver un gîte. Il met à cette recherche une activité extraordinaire, il explore la peau en tous sens, il s'arrête à toutes les aspérités de l'épiderme. On dirait qu'il a conscience du danger qu'il court, et qu'il a hâte de rencontrer un abri : au bout de quelques minutes, il fait enfin choix d'un lieu propice et attaque l'épiderme avec non moins d'ardeur et d'activité, si bien qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure il est complétement caché sous l'épiderme. Le malade, comme nous l'avons dit ailleurs pour la femelle, n'a aucunement conscience de ce travail de l'insecte ; il ne ressent aucune démangeaison.

Une fois caché sous l'épiderme, l'insecte mâle y pompe, comme la femelle, les sucs nourriciers que réclament ses besoins, et la nuit suivante il quitte son gîte pour aller à la recherche des femelles. J'en ai

observé plusieurs sur un malade soumis à l'expérimentation, et toutes les vingt-quatre heures ils abandonnaient le lieu où ils avaient séjourné la veille. Le mâle, d'ailleurs, ne se trompe pas dans le choix des femelles qui sont propres à l'accouplement; guidé par son instinct, il sait éviter les sillons où vivent les insectes parvenus à la période de la ponte, et découvrir le gîte des femelles non fécondées. Celles-ci ne font pas de longues galeries propres aux insectes qui pondent; elles séjournent dans leurs sillons pendant huit à dix jours, où elles attendent l'arrivée des mâles, qui, grâce à leur agilité, peuvent d'ailleurs, en peu d'heures, explorer en quelque sorte le corps du malade. —



(Fig. 2. *Acarus femelle.*)

Lorsqu'un mâle a rencontré le gîte d'une femelle vierge de tout accouplement, il y pénètre par l'ouverture encore béante, détache l'épiderme, élargit l'enceinte s'il la trouve trop étroite, et attaque la femelle.

Nous avons cherché à surprendre les insectes mâle et femelle accouplés; nous avions, dans cette intention, réuni sur un malade cinq mâles trouvés avec les plus grandes peines sur une cinquantaine de galeux et parmi deux ou trois cents insectes. De jeunes femelles non

fécondées, rencontrées comme les mâles sous l'épiderme, mais non dans de longs sillons, avaient également été déposées dans le voisinage des cinq mâles, que nous observions avec soin, et qui abandonnaient quotidiennement leur gîte. — Nous attendions beaucoup de ces expériences préparées avec tant de soin, quand le malade, manquant à l'engagement qu'il avait pris de rester à l'hôpital, se prêta à une erreur involontaire de la part du surveillant qui conduit les galeux à la *frotte*, se frictionna, et tua, par une seule friction, tous les mâles que nous avions accumulés sur lui. — J'aurais pu, il est vrai, faire appel à la bonne volonté d'autres malades, pousser plus loin mes recherches, attendre du hasard la rencontre de deux acarus accouplés, les dessiner pendant la copulation, et décrire plus longuement les fonctions de la fécondation ; telle était bien mon intention, mais un accident a coupé court à mes observations. — Trop confiant dans l'immunité dont j'avais joui pendant deux ans, lorsque je faisais mes études sur la gale pendant le jour, je n'ai pris cette fois aucune précaution contre les chances plus favorables de contagion que présentait le contact immédiat des galeux pendant la nuit, si bien qu'un insecte a passé d'un malade sur ma main gauche, où il a fouillé son gîte. — Une vive démangeaison, que j'éprouvai un soir à la face dorsale du pouce, me fit découvrir un petit sillon d'un demi-centimètre de long, à l'extrémité duquel il me fut facile de trouver un acarus. La longueur du sillon, l'absence des œufs, enfin l'inspection de l'insecte au grand microscope, me prouvèrent que c'était une jeune femelle, non fécondée : deux papules microscopiques s'étaient développées dans le voisinage du sillon.

La découverte de cet acarus, quinze ou vingt jours après la dernière exploration que j'avais faite à l'hôpital Saint-Louis, me donna l'explication de certaines démangeaisons générales, qui s'accompagnaient au bras gauche, à la surface limitée où elles étaient ressenties, d'une sorte de douleur fixe, semblable à celle que produit une contusion, et qui ne coïncidaient d'ailleurs avec aucune éruption. — Ce ne fut pas sans quelque inquiétude que je constatai la présence de cet insecte, et que j'en appréciai les conséquences. La gale était incontestablement sur moi à l'état d'incubation ; mais le parasite qui venait de révéler son existence d'une manière si inattendue, était-il le seul que j'eusse reçu ? L'affection psorique en germe allait-elle, malgré l'ablation de l'insecte, se développer régulièrement ; ou, plus probablement, suivant l'aphorisme bien connu, *sublatâ causâ*, etc., s'arrêter spontanément ? N'avais-je pas, pendant plus d'un mois qu'avaient duré mes recherches, reçu et transmis à d'autres l'élément contagieux ? Devais-je,

comme la prudence le conseillait, me soumettre au traitement de la psore?... Telles sont les questions qui se présentèrent instantanément à mon esprit. Réflexions faites, je pris le parti de temporiser, parce que l'insecte trouvé n'avait pas été fécondé; parce que j'étais en droit d'espérer, après une exploration attentive faite au microscope mobile, que je ne portais sur moi aucun autre acare; parce qu'enfin, la psore n'étant une maladie permanente qu'à la condition d'être entretenue par la cause qui l'a fait naître, j'avais, par l'ablation de l'insecte, opéré le traitement à la fois le plus rationnel et le plus efficace. Mon observation fut d'ailleurs tenue en éveil; et au moindre indice de la propagation de la maladie, le traitement antipsorique aurait été immédiatement exécuté dans toute sa rigueur. — Je n'ai eu qu'à me louer de cette sage réserve; trois mois se seront bientôt écoulés depuis que l'acarus a été enlevé, et aucun symptôme psorique ne s'est montré sur moi, ni sur d'autres personnes. Les démangeaisons ont insensiblement diminué, puis complétement disparu.

Je suis aujourd'hui certain que l'incubation de la gale a été arrêtée par la soustraction de l'insecte, et que le virus psorique inoculé a été éliminé par l'effet spontané des fonctions vitales. Cet exemple de contagion due au contact immédiat des galeux pendant la nuit, aux heures de la pérégrination des larves, des acarus femelles non fécondées et des mâles, prouve, une fois de plus, que la transmission des insectes a lieu la nuit; et encore n'aurais-je pas été contaminé, si je n'avais surpris les malades au lit, pendant leur sommeil; car l'acarus ne s'y trompe pas, il ne ponctionne, ne fouille, ou ne sillonne notre tégument, que quand il nous sent alité, livré au repos, au milieu d'une douce température.

Nous avons insisté avec soin, dans notre Traité entomologique et pathologique de la gale, sur les difficultés qu'offre le diagnostic de la psore, dans les cas où elle est due à la transmission d'un plus ou moins grand nombre d'insectes femelles non fécondées; et soupçonnant, d'après nos études d'entomologie comparée sur les acarus, que les femelles seules faisaient de longs sillons, nous avons supposé des cas où la contagion serait due à la transmission d'un ou plusieurs mâles, seuls de leur sexe. — C'est en nous basant sur des faits certains que nous pouvons aujourd'hui fixer les règles du diagnostic de la psore, dans les cas de contagion due à la transmission :

1° D'un ou plusieurs acarus mâles et femelles, ou d'une femelle fécondée;

2° D'une ou plusieurs femelles non fécondées et seules de leur sexe;

3° D'un ou plusieurs mâles.

Dans le premier cas d'une contagion due à des acarus mâles et femelles, ou à une seule femelle fécondée, la maladie ne présentera des difficultés réelles de diagnostic qu'à la période d'incubation ; car, à la période d'état, plusieurs générations d'acarus auront généralisé l'affection, et un plus ou moins grand nombre de sillons bien caractérisés lèveront toute incertitude. On aura affaire, en un mot, à une gale type.

Dans la seconde supposition d'une contagion due à la transmission d'une ou plusieurs femelles non fécondées, et seules de leur sexe, l'affection sera toujours difficile à reconnaître, attendu que les insectes transmis ne pourront ni se multiplier, ni tracer les longs sillons que font seules les femelles à la période de la ponte. — Supposons qu'un galeux ait transmis à une personne saine deux ou trois femelles non fécondées, tant à l'état de larve qu'à la période de l'accouplement, et la contagion ne s'opère pas le plus souvent dans des conditions aussi favorables ; les deux ou trois femelles transmises fouilleront l'épiderme, traceront des sillons qu'elles abandonneront au bout de huit à douze jours ; et si, par hasard, ces trois insectes sont dispersés dans différentes régions du corps, il s'agira de trouver un sillon d'un centimètre de longueur, par exemple, sur les mains ou sur le tronc ; ce qui sera, pour un observateur peu habitué à ce genre de recherches, d'une difficulté presque insurmontable. — Les éruptions papuleuses et vésiculeuses viendront, pour leur part, nous le savons, en aide au diagnostic ; mais si l'on note que les vésicules manquent quelquefois aux mains, alors même que de nombreux insectes en fouillent et sillonnent l'épiderme ; que les papules ne sont que des symptômes d'une valeur contestable ; on comprendra comment deux ou trois acarus pourront ne provoquer ni l'évolution des vésicules, ni celle de nombreuses papules. Aussi nous croyons-nous fondé à dire que, dans ces cas, il est presque impossible de diagnostiquer la maladie à l'œil nu, et que l'usage du microscope est indispensable.

Dans la troisième supposition d'une contagion due à la transmission d'un ou plusieurs mâles, les difficultés du diagnostic sont encore plus grandes. Le mâle, nous l'avons dit, se contente de chercher un abri momentané sous l'épiderme ; il abandonne, toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, la place où il s'est caché et nourri ; et quand il se trouve seul de son sexe sur un individu, tout porte à croire que le besoin de l'accouplement l'excite à courir chaque jour après des femelles, qu'il cherche en vain. Dans ces cas, les sillons manqueront d'une manière absolue, car on ne peut prendre pour tels les gîtes dans lesquels l'insecte aura séjourné un ou deux jours. Les fouilles

qu'il aura faites, les pellicules épidermiques qu'il aura soulevées, les éruptions diverses qu'il aura fait naître, les démangeaisons qu'il aura fait éprouver, seront les seuls indices de sa présence. Mais le praticien ne trouvera dans l'ensemble de ces accidents, ni le signe révélateur de la présence de l'acarus, ni l'indication d'un traitement rationnel contre ces démangeaisons, ce prurigo, ce lichen, ou cet impétigo, qui, suivant la constitution du sujet, apparaîtront chaque jour; il sera sans guide, car le microscope viendrait-il au secours de ses yeux, qu'il aurait encore quelque peine à trouver un insecte de 2/5 de millimètre, principalement sur des sujets à peau rugueuse et à papilles développées. D'autre part, les éruptions auront surtout tendance, dans ce cas particulier, à prendre un caractère douteux, incertain : les papules prédomineront, on croira avoir affaire à un prurigo, bien plus qu'à une gale, et ce n'est qu'après avoir tenté à diverses reprises un traitement inefficace, qu'on soupçonnera la nature spéciale de la maladie, et qu'on agira en conséquence.

Ces détails suffiront sans doute pour faire comprendre, que le diagnostic de la gale est souvent très-difficile à porter, et qu'il réclame indispensablement, dans certains cas, l'emploi du microscope.

Quelques dermatologistes pensent, et parmi eux M. Cazenave, que la gale a des caractères à elle en dehors du sillon, *qu'il n'y a pas de gale sans vésicule, sans éruption vésiculeuse*. Je ne partage pas cette opinion au sujet du critérium de certitude qu'offrent les éruptions psoriques, et plus particulièrement la vésicule. La gale, dans des cas exceptionnels, n'a pas de caractères pathognomoniques absolus : il y a des gales sans *vésicule*, comme des gales sans *sillon*. On rencontre quelquefois des galeux qui ont les mains couvertes de sillons ou d'acarus, et qui ne présentent et n'ont jamais présenté d'éruption vésiculeuse : un prurigo général, ou un simple impétigo est la seule affection cutanée dont leur tégument porte les traces. — Si la vésicule était le symptôme pathognomonique de la psore, elle ne manquerait pas de se présenter au plus haut point, quand ce qui cause sa production, ou l'existence de l'acarus, est si palpable. Mais si la vésicule fait défaut quand de nombreux insectes l'excitent à naître, *à fortiori* manque-t-elle lorsque le malade ne porte sur lui que des femelles non fécondées ou seulement des mâles.—Il y a des gales sans sillon, parce que la contagion peut s'opérer par la transmission d'un mâle, tout aussi bien que par celle d'une femelle; et, comme le mâle ne trace pas de sillon proprement dit, un malade peut être tourmenté par des éruptions psoriques, sans offrir de sillons; mais il faut ajouter que c'est surtout dans ces cas que les vésicules manqueront, attendu qu'elles naissent le plus souvent lorsque les

acarus femelles fécondées, inoculent le virus psorique, irritent le tégument et excitent le malade à se gratter.—Ainsi, c'est principalement quand les sillons manquent, que les vésicules ont également tendance à ne pas naître ; de telle sorte que tout concourt, dans ce cas, à augmenter les difficultés du diagnostic.—Maintenant qu'il est démontré que l'acarus mâle ne trace pas de galeries et qu'il peut être l'élément de la contagion, il faut établir que la gale peut, dans certains cas, être très-difficile à reconnaître, d'autant plus que la vésicule, cet autre signe secondaire, ne se présente généralement que concurremment avec des sillons bien visibles. C'est à tort que des praticiens s'étonneraient de l'importance qu'on donne aujourd'hui à l'acarus et à ses sillons, attendu qu'on diagnostiquait autrefois sûrement la gale, sans pour cela connaître l'insecte qui cause son développement. Le diagnostic de la psore devait donner lieu, autrefois, à de fréquentes méprises, si l'on en juge par le nombre de celles qui sont commises aujourd'hui, bien que l'on ait de plus, pour se guider, un nouveau et précieux caractère de la maladie, dans les sillons.— On rencontrait autrefois, comme aujourd'hui, certaines affections mal définies, produites par plusieurs maladies de peau, puisque l'on donne le nom de *maladie* à chaque forme pathologique, *vésicule*, *pustule*, *papule*, etc., qui peut être l'expression d'une perturbation dans les humeurs ou dans les sécrétions de la peau ; affections rebelles à tout traitement, dont on n'arrêtait le développement et que l'on ne guérissait à la longue que par des boissons dépuratives, des purgatifs et des *bains sulfureux*. Il est probable que, dans ces cas, l'insecte de la gale a souvent été la cause essentielle de cette apparente diathèse dartreuse, et que les bains sulfureux, encore seul traitement en usage, il y a peu de temps, contre la psore des enfants, finissaient, de guerre lasse, par amener une cure définitive en tuant l'insecte.

On ne manquera pas d'objecter : mais si les sillons et les vésicules peuvent faire défaut à la fois dans certains cas de gale, à quel caractère sera-t-il donc possible de reconnaître la maladie ? Il va de soi que les signes objectifs manquant absolument, on ne pourra déduire le diagnostic, et par conséquent le traitement, que des signes objectifs. Le mode d'invasion de la maladie, sa marche, l'heure à laquelle les démangeaisons se feront sentir, certaines éruptions plutôt papuleuses que vésiculeuses, plutôt générales que locales, enfin l'inefficacité des traitements non acaricides, permettront de supposer que l'affection cutanée est une de ces pseudo-gales, dans lesquelles un seul insecte ne peut infecter l'économie et troubler nos fonctions, au point de faire naître de nombreuses éruptions.

La gale peut être aujourd'hui considérée comme une maladie connue, classable dans le cadre nosologique à venir ; puisque nous savons ce qui la produit, les phénomènes pathologiques qui la caractérisent et le traitement rationnel qui la guérit. J'étais parvenu, dans ces derniers temps, à obtenir, après deux frictions d'un quart d'heure, une cure complète et définitive ; M. Hardy a encore abrégé la durée du traitement, en le réduisant à une seule friction.

Voici, d'ailleurs, la règle à suivre.

Le galeux, à moins de complications fort graves, de furoncles, d'éruptions pustuleuses générales, doit être soumis à la médication antipsorique, sans aucune préparation préalable. Il se frictionne tout le corps avec 150 à 200 grammes de savon noir, prend un bain d'une heure, qui devient ainsi savonneux ; à sa sortie du bain, et après s'être essuyé, il fait immédiatement une friction *générale,* de la tête aux pieds, soit avec la pommade sulfuro-alcaline, dite d'Helmerick, soit avec la pommade à la poudre et au soufre, soit avec l'huile de cade. Il faut employer 150 à 200 grammes de pommade pour la friction, et 100 grammes d'huile de cade.

Les formules des pommades, sont, pour celles d'Helmerich :

Pr. Fleur de soufre........................	40 grammes.
Carbonate de potasse..................	20 grammes.
Axonge............................	160 grammes.

Le sel doit être préalablement dissous dans un peau d'eau.

Pour la pommade à la poudre et au soufre :

Pr. Poudre de chasse.....................	} 100 grammes.
Fleur de soufre......................	}
Huile............................	Q. S.

pour faire un magma solide ; broyez avec soin sur une table, mettez le tout dans un vase fermé, faites chauffer au bain-marie pendant deux heures, broyez de nouveau le mélange, qui est devenu compacte et résistant, versez le tout dans 500 grammes d'huile ordinaire et remuez avec soin au moment de la friction.

On remarquera que la pommade sulfuro-alcaline et la pommade à la poudre de chasse et au soufre ont une composition qui peut se comparer sous beaucoup de rapports : l'azotate de potasse de la poudre est l'équivalent du carbonate de potasse ; seulement, la préparation nous paraît être, et les faites l'ont confirmé, en faveur de la pommade à la poudre, attendu que, dans le mélange à froid du carbonate de potasse, du soufre et de l'axonge, la combinaison entre les deux corps actifs est imparfaite ; une partie du soufre et du carbonate de potasse peut rester libre et agir ainsi comme corps irritant ; tandis que, dans le mélange

à chaud de la poudre et du soufre, il se forme une combinaison intime, des composés nouveaux, qui n'ont plus les propriétés irritantes du soufre et de la poudre employés isolément.

L'huile de cade *vraie* est produite, comme on le sait, par les fruits du genévrier.

La friction n'est réellement curative qu'à la condition de durer au moins une demi-heure. L'onction enduit la peau sans atteindre l'insecte ; la friction seule, fréquemment répétée, fait pénétrer le topique dans la profondeur des sillons.

Tout galeux, à la sortie de son bain savonneux, doit enduire ses mains du topique, les frotter avec soin, porter sur tout le corps, et principalement aux parties génitales et aux pieds, l'excédant du médicament; en prendre une nouvelle dose de minute en minute pendant une demi-heure, en ayant soin de toujours frotter ses mains pendant quelques secondes avant de frictionner le corps.— Un second bain savonneux, pris douze heures après la friction, termine le traitement.

L'huile de cade, étant moins irritante que les pommades, convient mieux aux enfants. BOURGUIGNON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LES EFFETS HÉMOSTATIQUES DE L'EAU DE M. PAGLIARI, PHARMACIEN A ROME.

Par M. le professeur SÉDILLOT.

Dans un premier Mémoire, adressé l'an dernier à l'Institut et présenté à la Société de chirurgie, M. Sédillot appelait l'attention des chirurgiens sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari. Malgré les faits remarquables signalés par le savant professeur de Strasbourg, l'absence de la formule de ce nouveau liquide hémostatique nous interdisait la mention de ce travail. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui; M. Sédillot a reçu de l'honorable pharmacien de Rome le mode de préparation de ce nouvel hémostatique, et, comme il nous en avait fait la promesse à la Société de chirurgie, M. Sédillot vient de publier la formule, en y joignant des considérations intéressantes et des faits nouveaux relatifs à l'action hémostatique de l'eau de M. Pagliari. Nous regrettons que des circonstances particulières ne nous aient point permis d'insérer ce second Mémoire dans notre dernier numéro. Mais la valeur des questions de cet ordre ne gît pas dans un intérêt d'actualité.

Voici le travail de M. Sédillot.

La pathologie nous enseigne que la cessation spontanée des hémorrhagies dépend particulièrement de la coagulation du sang. Les vaisseaux blessés se rétractent dans leur gaîne celluleuse, diminuent de longueur et de diamètre intérieur, et le sang, en s'infiltrant entre leurs tuniques et les parties voisines, s'y arrête, s'y coagule et finit par former un caillot oblitérateur. Les astringents, les réfrigérants, les styptiques, ont la propriété de resserrer les embouchures vasculaires et de faciliter la coagulation du sang ; mais ces effets sont peu marqués, ou à un plus haut degré d'énergie ils deviennent irritants et caustiques. On n'y a donc recours que dans quelques cas d'hémorrhagies très-légères, et la chirurgie en tire un faible parti.

Le problème consistait à trouver une substance susceptible de précipiter le sang et de le convertir en une masse solide et adhérente. Je ne sais si les termes de la question ont été jamais posés aussi nettement, mais il est certain qu'on ne paraît pas s'être placé sur le terrain le plus rationnel pour apprécier les recherches entreprises dans cette voie. On a fait intervenir les différences de coagulabilité du sang chez l'homme et les animaux, on a exagéré l'importance du rôle de la compression employée conjointement avec les hémostatiques, et l'on n'est arrivé à aucun résultat satisfaisant. L'expérience était cependant facile; il suffisait d'étudier l'action des hémostatiques sur le sang humain. Nous l'avons fait, et nous avons été témoin de phénomènes décisifs qui ont confirmé nos observations cliniques, et feront probablement passer nos convictions dans tous les esprits.

L'eau Pagliari présente la remarquable propriété de coaguler complétement le sang. Chaque goutte du liquide hémostatique, versée dans des verres renfermant du sang, y produit un magma instantané, et si le mélange est opéré dans les rapports d'un cinquième à quatre cinquièmes de la liqueur, on voit apparaître un coagulum assez résistant pour que l'on puisse agiter et renverser impunément le vase qui le contient. Les deux liquides sont convertis en une masse noirâtre, homogène, et trop fortement adhérente pour se détacher. Cette expérience réussit avec toute espèce de sang humain, fibriné ou défibriné, et ne nous paraît laisser aucun doute sur les propriétés très-réellement hémostatiques de la liqueur. Sur plusieurs de nos malades, dont nous avons précédemment rapporté l'histoire, le sang s'était coagulé sous nos yeux, et les hémorrhagies s'étaient arrêtées par le contact de l'eau Pagliari. C'était là un phénomène observé dans des conditions variables et soumis, comme tel, à des appréciations diverses ; mais ici le résultat était constant, purement expérimental, dégagé de toute

complication, et il constituait une véritable démonstration et une preuve.

Il est si difficile de renoncer à des opinions auxquelles on est habitué et dont on n'a jamais douté, que nous nous attendons à une objection toujours opposée aux hémostatiques. Pourquoi, dira-t-on, vous servir d'éponges ou de charpie imbibée d'eau Pagliari pour suspendre l'écoulement du sang ? Vous faites de la compression, dont personne ne conteste l'efficacité, et vous rendez le problème insoluble. Versez votre eau hémostatique sur les vaisseaux ouverts, et si l'hémorrhagie s'arrête, nous nous déclarerons convaincus. Cette objection n'est pas acceptable et manque de valeur, comme il est aisé de le prouver. Le sang s'échappe des vaisseaux avec vitesse et avec force, et se renouvelle au fur et à mesure de son écoulement. Pour qu'un caillot en suspende le cours, ce caillot doit adhérer au vaisseau ou aux parties environnantes. Comment un pareil effet pourrait-il se produire, si le coagulum, que vous déterminez avec l'eau hémostatique, est incessamment chassé au dehors et ne reste pas en contact avec la plaie ? Autant vaudrait, pour combattre une hémorrhagie, solidifier le sang dans un vase où on l'aurait recueilli. Il faut de toute nécessité opérer la coagulation sur place, et donner le temps au caillot de contracter des adhérences assez solides pour résister à l'impulsion du sang. C'est en cela que la compression est indispensable. Si l'on se récriait contre cette proposition, et que l'on crût la condamner en disant : dès que la compression est un auxiliaire indispensable à l'action des hémostatiques, pourquoi les employer ? c'est une complication inutile, car la compression seule agit très-bien ; nous répondrions que ceux qui tiennent ce langage commettent une grave erreur. La compression est un moyen infidèle et dangereux, dont le chirurgien ne fait usage qu'en désespoir de cause ou pour parer momentanément à la perte de sang, en attendant qu'il soit en mesure de recourir à un procédé moins défectueux. Le sang de l'homme est si peu plastique, qu'il faut, pour en suspendre l'écoulement, une compression très-énergique et longtemps soutenue. L'inflammation, l'engorgement, l'ulcération, la suppuration et la gangrène des parties comprimées en sont les conséquences habituelles, et n'offrent même pas pour compensation de mettre sûrement à l'abri de l'hémorrhagie. Nous remarquerons, en outre, que la compression pour assurer les effets des hémostatiques peut être de courte durée et ne pas dépasser vingt-quatre ou quarante-huit heures. La solidification et les adhérences du caillot la rendent de moins en moins indispensable, et nous avons ordinairement enlevé, dès le premier pansement, les bourdonnets de charpie qui avaient servi à la pratiquer,

sans que le sang ait reparu. Nous ne contestons pas la supériorité d'un liquide qu'il suffirait de verser sur une plaie pour arrêter tout écoulement de sang, ce serait le dernier terme de la perfection ; mais nous admettons sans peine des degrés inférieurs dans la puissance hémostatique, et lorsque nous voyons une liqueur coaguler et solidifier instantanément le sang humain, sans exercer sur les tissus en contact d'influence fâcheuse, nous n'hésitons pas à en proclamer l'efficacité contre les hémorrhagies.

Notre célèbre collègue, M. Magendie, a très-habilement démontré le rôle capital de la coagulation du sang dans la cessation des hémorrhagies. Les bœufs et les moutons auxquels on incise les carotides et les jugulaires, *more judaico*, avec le tranchant d'un damas, ne périraient pas, si l'on n'avait le soin d'enlever le caillot qui se forme rapidement et arrête l'écoulement du sang. Chez l'homme, le défaut de plasticité de ce liquide rend les hémorrhagies très-redoutables et très-difficiles à suspendre, et l'emploi d'une eau hémostatique, propre à solidifier le sang et à produire un caillot oblitérateur, nous paraît d'un avantage incontestable.

L'eau Pagliari est peu astringente, elle ne ride pas la peau, et les morceaux d'artère que nous y avons plongés ne s'altéraient pas et conservaient leur diamètre, sans constriction appréciable.

Les éponges, soumises à la même expérience, perdaient leur souplesse et leur élasticité. Cette eau est transparente, d'une odeur agréable, d'une coloration très-légèrement jaunâtre, et ceux qui la prépareront devront particulièrement en constater l'action sur le sang avant de la livrer aux chirurgiens.

Nous avons jugé intéressant de poursuivre les mêmes essais sur un assez grand nombre de liqueurs hémostatiques, plus ou moins vantées, et nous sommes arrivé, avec l'assistance de M. Finck, l'un des élèves les plus distingués de l'hospice civil, à quelques résultats inattendus et curieux. Nous partagerons les divers liquides en deux classes, selon qu'ils coagulent le sang ou n'exercent pas sous ce rapport d'effets appréciables.

Nous rangeons dans la première catégorie et d'après leur ordre d'efficacité les préparations suivantes :

1° Le baume Compingt ; 2° l'eau de Rabel ; 3° l'eau de M. Hepp (légère modification de l'eau Pagliari) ; 4° l'alcool absolu ; 5° l'acide sulfurique ; 6° l'acide citrique ; 7° la solution concentrée d'alun.

Le *baume Compingt*, que l'on trouve débité à un prix assez élevé, dans de très-petits flacons, exerce sur le sang l'action la plus éner-

gique. Cette liqueur produit immédiatement un caillot épais, et n'est pas inférieure à l'eau de Pagliari sous ce rapport.

L'*eau de Rabel* semble mériter la réputation dont elle jouit. Quoique ses propriétés coagulantes soient moins remarquables que celles des deux liquides précédents, elle offre cependant une action très-manifeste, mais seulement plus lente.

L'*eau de M. Hepp*, dont nous donnerons plus loin la composition, calquée sur celle de M. Pagliari, agit à peu près de la même manière.

L'*alcool absolu* ne devrait pas figurer parmi les liqueurs hémostatiques, en raison des altérations qu'il détermine sur les tissus en contact; mais, comme on pourrait le prévoir d'après son avidité pour l'eau, il coagule très-bien le sang.

L'*acide sulfurique* donne un caillot, mais cet acide est trop caustique pour être employé.

L'*acide acétique* produit un caillot un peu mou et n'a pas les inconvénients de l'acide sulfurique; aussi les lotions de vinaigre suffisent-elles souvent pour arrêter les légers écoulements de sang.

La *solution concentrée d'alun* est également hémostatique, et possède la double propriété de favoriser la coagulation du sang et d'exercer une astriction assez forte sur les tissus; mais le caillot est mou et se forme avec lenteur.

Les hémostatiques que nous rangeons dans la deuxième catégorie ne déterminent pas les mêmes effets. C'est à peine si quelques-uns d'entre eux produisent par leur mélange avec le sang un caillot mou et sans consistance au bout de vingt-quatre heures; ce sont :

1° La solution d'ergotine de M. Bonjean, de Chambéry; 2° l'eau de Broçchieri; 3° l'eau de Chapelain; 4° la solution de créosote; 5° l'eau vulnéraire rouge; 6° la résine de benjoin, bouillie dans l'eau; 7° la résine blanche, bouillie dans l'eau; 8° la térébenthine, bouillie dans l'eau; 9° l'infusion de matico.

Il sera possible de répéter les mêmes recherches sur d'autres eaux hémostatiques, que nous n'avons pas eues entre les mains, telles que celles de Léchelle, de Monterosi, de Tisserand, de Schulz, de Neljabin, etc. C'est un travail à poursuivre et à compléter. Nous eussions pu nous montrer plus rigoureux dans l'appréciation comparative des diverses liqueurs expérimentées; multiplier davantage nos essais; donner une analyse plus savante des effets de la coagulation du sang; mais ce n'était pas notre but. Nous voulions prouver et expliquer les propriétés hémostatiques de l'eau Pagliari, et nous croyons y être parvenu.

Nous ne prétendons pas avoir épuisé tous les éléments de la ques-

tion, et nous remarquerons que l'ergotine de Bonjean ne semblerait pas, dans la supposition où nous nous sommes placé, jouir d'une grande efficacité hémostatique. Cependant cette liqueur a réussi plusieurs fois, et des chirurgiens très-distingués en ont fait usage avec succès. On y a eu recours dans notre service contre une hémorrhagie consécutive à une amputation de jambe, et le sang a été arrêté; tandis que sur une jeune fille à laquelle nous avions enlevé une tumeur thyroïdienne, l'hémorrhagie résista à l'ergotine et à l'eau de Rabel, et ne fut suspendue qu'au moyen d'une compression très-méthodique et très-persistante; mais ces exemples ne sont pas suffisamment probants et n'infirment en rien les résultats que nous avons exposés.

Composition. Voici la formule de la préparation de l'eau Pagliari, telle qu'elle m'a été transmise par son auteur, le 31 août 1851.

On prend huit onces de baume de benjoin, une livre de sulfate d'alumine et de potasse, et dix livres d'eau commune. On fait bouillir le tout pendant six heures dans un pot de terre vernissé en agitant sans cesse la masse résineuse et en remplaçant successivement l'eau évaporée par de l'eau chaude, pour ne pas interrompre l'ébullition. On filtre ensuite la liqueur et on la conserve dans des vases de cristal bien fermés. La portion non dissoute du benjoin forme résidu, et a perdu son odeur et la propriété de s'enflammer.

L'eau hémostatique obtenue par ce procédé est limpide, de la couleur du vin de Champagne, d'un goût légèrement styptique, et d'une odeur suave et aromatique. Si on la fait évaporer, elle laisse un dépôt transparent, qui adhère aux parois du vase.

Mon honorable collègue, M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil, a eu la bonté de nous préparer, d'après ces indications, une grande quantité d'eau Pagliari, et il en a constaté analytiquement la parfaite identité avec celle qui nous était arrivée de Rome par l'obligeante entremise de M. le docteur Lacauchie, chirurgien en chef de notre armée expéditionnaire. L'action hémostatique de la liqueur faite à Strasbourg ne nous avait pas d'abord paru très-efficace. Les éponges ne perdaient pas leur souplesse et leur élasticité, comme nous l'avions observé avec l'eau que nous avait rapportée en premier lieu M. le docteur Dussourt, et les hémorrhagies ne paraissaient pas s'arrêter aussi facilement. Ces différences tenaient probablement à ce que la liqueur n'avait pas été conservée assez longtemps, ou n'avait pas été suffisamment agitée. Peut-être les substances ou le mode de préparation avaient-ils laissé quelque chose à désirer. Aujourd'hui, M. Hepp nous a donné un liquide parfaitement identique à l'eau Pagliari, comme caractères extérieurs et comme effets.

On sera, sans doute, curieux de savoir comment M. Pagliari a été conduit à sa découverte, et nous citerons l'explication qu'il a bien voulu nous donner à ce sujet. « Le célèbre professeur M. Malagodi, com-« prenant l'utilité d'une eau véritablement hémostatique, et n'en con-« naissant pas d'efficace, exprima l'idée d'en composer une avec une « substance résineuse dissoute dans un liquide. Je me mis à l'œuvre et « fixai mon attention sur les pilules balsamiques de Morton. Ces pilules « sont employées avec beaucoup de succès dans les hémorrhagies pas-« sives, et tirent leur principale propriété de l'acide benzoïque. Je « m'efforçai dès lors de rendre la résine de benjoin soluble, en l'unis-« sant à une substance qui en augmentât l'action. Mes travaux furent « couronnés du plus heureux résultat, comme le démontrèrent bientôt « les savants professeurs qui se servirent de mon eau hémostatique « *intus et extra*, et qui obtinrent des effets presque instantanés, sans « aucune irritation semblable à celles des styptiques et des astringents « ordinaires. »

Guidé par l'analogie de composition des résines, mon collègue, M. Hepp, a substitué la résine blanche au benjoin dans la préparation de l'eau Pagliari, et il a obtenu un liquide propre à coaguler le sang, comme nous l'avons indiqué.

Nous avons réuni quelques-unes des formules de préparation d'eaux hémostatiques, telles qu'on les trouve relatées dans certaines pharmacopées, journaux ou répertoires, et ce travail, tout incomplet qu'il est, montrera à quelles substances on a eu recours pour leur composition, et quels effets on peut *à priori* leur attribuer.

Eau de Brocchieri. Térébenthine, 500 grammes ; eau, 600 grammes ; faites bouillir pendant un quart d'heure ; ajoutez quantité suffisante d'eau pour obtenir 1,000 grammes du mélange ; filtrer quand la liqueur est refroidie. (Deschamps, Officine avec Répertoire de Dorvault, p. 220.)

Eau de Tisserand. Sang-dragon, 100 grammes ; térébenthine des Vosges, 100 grammes ; eau, 1,000 grammes. Faites digérer pendant douze heures sur des cendres chaudes. (Tremy, Officine Dorvault.)

Eau de Neljabin. Seigle ergoté pulvérisé, 125 grammes ; cannelle, 120 grammes ; ambre gris, 30 grammes ; castoreum de Sibérie, 30 grammes ; baume de la Mecque, 12 grammes ; baume du Canada, 60 grammes ; romarin, 750 grammes ; menthe poivrée, 560 grammes ; huile de cajeput, 15 grammes ; alcool, 500 grammes ; pour rectifier, 8,750 grammes d'eau hémostatique. (Formule de Bouchardat.)

Eau de Monterosi, de Naples. Serait, d'après la Pharmacopée rai-

sonnée de Guibourt, une eau distillée, retirée de près de trente substances aromatiques.

Eau de Léchelle. Paraît offrir les mêmes éléments de composition. (Journal de chimie médic., juin 1813.)

Eau de Chapelain. Ne renferme, d'après l'analyse de M. Hepp, aucune substance inorganique.

Baume de Compingt. N'a pas été analysé, mais nous a présenté une proportion assez grande d'une huile essentielle ou empyreumatique.

Ergotine de M. Bonjean, de Chambéry. L'ergotine est dissoute dans trois ou quatre fois son poids d'eau, lorsqu'il s'agit d'arrêter une hémorrhagie grave, et dans cinq ou six fois son poids d'eau si l'hémorrhagie est plus légère.

Eau hémostatique de seigle ergoté. Ergot concassé, 100 grammes; eau bouillante, 500 grammes. Traiter par lixiviation. (Bouchardat, Annuaire de thérapeutique.)

Eau de Rabel. Acide sulfurique, 100 grammes ; alcool, 300 grammes. Mêler peu à peu en versant l'acide sur l'alcool. Laisser déposer, décanter et conserver dans un flacon pour l'usage. (Bouchardat.)

Eau de matieo. Infusion ou macération de 15 à 30 grammes de feuilles pour 200 grammes d'eau. A été recommandée et donnée diverses fois avec succès. J'ai fait quelques applications de ces préparations qui ne m'ont pas réussi.

Il paraît très-évident que la plupart de ces eaux hémostatiques n'ont que des propriétés toniques et excitantes, et l'on s'explique ainsi le discrédit général qui en a rejailli sur d'autres compositions d'un effet plus réel et plus utile.

Cas dans lesquels on peut avoir recours aux liqueurs hémostatiques. Il existe un grand nombre de cas dans lesquels le chirurgien hésite à recourir à la ligature, en raison des difficultés de l'opération et de l'incertitude ou même du danger des résultats. Nous en citerons quelques-uns.

1° Les artères sont friables, la ligature les divise avant leur oblitération et des hémorrhagies consécutives se déclarent ; on découvre le vaisseau sur un point plus rapproché du tronc, et on l'étreint dans une nouvelle ligature ; même insuccès, et même persistance dans l'emploi des mêmes ressources. On a vu des malades succomber après trois ligatures successives et également infructueuses. La compression, exécutée avec des boulettes de charpie imbibées d'eau Pagliari, nous paraîtrait indiquée.

2° Des hémorrhagies secondaires surviennent dans des plaies profondes, enflammées, douloureuses. L'artère lésée serait inaccessible sans

de grands délabrements, comme on le voit pour les hémorrhagies de la main, et l'on entrevoit la nécessité de lier l'artère principale de la région blessée, la carotide pour les hémorrhagies de l'arrière-bouche, l'artère brachiale pour celles des arcades palmaires, etc. L'eau hémostatique devrait auparavant être essayée.

3° Une artère a été coupée pendant une opération; on ne peut la saisir, ou, pour la mettre à nu, il faudrait multiplier les incisions et aggraver le danger déjà existant. Ce serait encore une occasion favorable d'employer l'eau Pagliari.

4° Si les artérioles ouvertes sont petites, rétractiles, multipliées à la surface d'une plaie, l'indication serait semblable.

5° Les hémorrhagies veineuses et capillaires offriraient les mêmes conditions.

Dans tous les cas, en un mot, où l'on a aujourd'hui recours à la compression, sans beaucoup compter sur ce procédé habituellement inutile et dangereux, l'eau hémostatique serait un moyen auxiliaire très-favorable et très-puissant, dont on devrait faire usage. Nous terminerons par quelques observations recueillies depuis notre première communication.

Obs. Ire. Une malade atteinte d'un ostéo-sarcôme du bras droit, avec destruction complète de la partie moyenne de l'humérus, est amputée par nous dans l'articulation scapulo-humérale, à la clinique de la Faculté (semestre de 1851-1852). Hémorrhagie par la veine axillaire sur laquelle nous appliquons un tampon de charpie trempé dans l'eau hémostatique. Plusieurs fois, dans le cours de la cure qui fut heureuse, l'hémorrhagie se renouvela, et chaque fois on parvint aisément à l'arrêter avec l'eau Pagliari.

Obs. II. Un homme, amputé de la jambe par mon procédé à lambeau externe, est atteint d'hémorrhagie consécutive vers le douzième jour. Eau Pagliari : cessation de l'écoulement du sang et guérison.

Obs. III. Jeune homme affecté d'une énorme tumeur ganglionnaire dégénérée du cou (ganglionite envahissante, l'une des plus terribles lésions de l'économie, sur laquelle l'attention des chirurgiens n'a pas encore été suffisamment attirée). Ulcérations très-étendues; hémorrhagies fréquentes, toujours arrêtées par les applications d'eau hémostatique.

Obs. IV. Ablation d'une vaste tumeur cervicale, de la même nature que la précédente, sur un jeune homme de trente ans. Nombreuses branches artérielles ouvertes dans la région sushyoïdienne. Tamponnement léger avec des boulettes de charpie imprégnées d'eau hémostatique; cessation définitive de l'écoulement de sang.

Obs. V. M. Lauth, chirurgien interne de notre service, se blesse au doigt; hémorrhagie persistante, malgré plusieurs tentatives de compression. Emploi de l'eau hémostatique; cessation immédiate de l'écoulement du sang.

Obs. VI. M. Heer, chirurgien interne de l'hospice civil, voit une hémorrhagie alvéolaire se répéter, malgré plusieurs essais de compression, à la suite d'une extraction de dent. Application de l'eau hémostatique; guérison.

Obs. VII. Le nommé Darneaux, soldat au 12e régiment d'artillerie, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg le 30 novembre, atteint de chancres à la verge et d'adénite inguinale droite. Cette adénite fut ouverte, le 2 décembre, au moyen de la pâte de Vienne, et il en résulta, après la chute de l'escarre, une plaie située à la partie interne de l'artère fémorale, au niveau de sa sortie du canal crural. Les bords circulaires laissent à nu un espace d'un diamètre de deux centimètres et demi environ, espace occupé à la partie supérieure et externe par une portion de ganglions assez volumineux.

Le 12 décembre 1851, un décollement s'étant manifesté au bord supérieur et interne de la plaie, on l'excisa au moyen du bistouri. De la charpie placée dans la plaie et quelques tours de bandes moyennement serrées suffirent pour arrêter l'écoulement du sang.

A trois heures de l'après-midi, sept heures après l'opération, cet homme, s'étant levé, vit sourdre une légère quantité de sang à travers les pièces de son appareil. L'hémorrhagie paraissant arrêtée quelques instants après, le malade ne s'en inquiéta pas.

Vers cinq heures elle reparut plus abondante. Appelé aussitôt, je constatai une perte de sang assez considérable ; non-seulement les pièces du pansement, mais encore le drap et le matelas sur lesquels reposait le malade étaient largement imbibés de sang. L'appareil fut enlevé, et la plaie s'offrit à moi baignée de sang; elle paraissait avoir une profondeur de près de deux centimètres. Le sang était artériel, il coulait abondamment en nappe. Venait-il d'une branche de la cutanée abdominale, ou de l'épigastrique, ou bien encore d'une des honteuses superficielles? Je m'arrêterais plutôt à cette dernière supposition. La compression au moyen du tourniquet de J.-L. Petit, les réfrigérants, les poudres hémostatiques ordinairement préconisées, furent inutilement employés; l'hémorrhagie était diminuée, mais non supprimée.

Vers sept heures je me décidai à faire usage de l'eau de M. Pagliari; un plumasseau de charpie, bien imbibé de ce liquide, fut appliqué sur la plaie; je fis une légère compression, et aussitôt le sang s'arrêta complétement, au moins pendant plusieurs minutes, et au bout de ce temps il commença à couler d'une façon presque insensible. Sur ces entrefaites, M. le professeur Sédillot, que j'avais fait prévenir, arriva; il renouvela l'application de l'eau, un pansement méthodique fut fait et maintenu au moyen d'une bande convenablement serrée; la cuisse du malade fut mise dans une position inclinée, au moyen d'un coussin placé sous le creux poplité, et l'hémorrhagie cessa au bout de deux ou trois minutes.

Le 15, l'appareil fut levé sans qu'aucun indice d'hémorrhagie apparût; la plaie fut nettoyée avec soin, elle était vermeille et présentait l'aspect le plus satisfaisant.

Le 16, sans cause connue, sans que le malade fît aucun effort, l'hémorrhagie se renouvela, moins abondante cependant que la première fois. Une nouvelle application de l'eau hémostatique et un bandage contentif suffit pour l'arrêter en quelques instants.

Le 18, au lever de l'appareil, la plaie était dans les meilleures conditions. Depuis, l'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée.

Les phénomènes que présenta l'application de l'eau hémostatique furent ceux-ci : d'abord un sentiment de constriction éprouvé par le malade, puis

un changement de coloration du sang, qui de rouge devenait noir; enfin une mousse fine et serrée qui s'éleva autour du plumasseau de charpie.

GAILLOT,
Chirurgien sous-aide major.

Il serait inutile de multiplier des observations qui offriraient toutes le même résultat. Nous dirons seulement que, dans quelques cas où les artères étaient béantes à la surface de la plaie et maintenues ouvertes par la densité des tissus environnants, nous n'arrêtâmes pas immédiatement l'écoulement du sang.

OBS. VIII. Un malade de la clinique, atteint d'un cancroïde épithélial, fut opéré par ablation et guérit avec une affreuse perte de substance de la totalité du nez. Je pratiquai la rhinoplastie par la méthode indienne, avec le perfectionnement de M. le docteur Labat, et la guérison fut très-rapide et très-satisfaisante. Au moment où je détachais le lambeau frontal, le sang coula avec abondance des ramifications dilatées des artères frontale, sourcilière, sus-orbitaire, etc., et nous fûmes obligés de lier deux vaisseaux, dont l'hémorrhagie avait persisté malgré l'application de l'eau hémostatique. Ces vaisseaux, maintenus béants à la surface de la plaie par les adhérences cellulo-fibreuses du tissu environnant, offraient des conditions défavorables à la formation rapide d'un caillot, et l'impulsion du sang entraînait le coagulum, dont les seuls points d'appui étaient la circonférence en relief des artères. Dans de pareils cas, il faudrait soutenir longtemps la compression, si l'on voulait obtenir l'occlusion de l'orifice vasculaire par un coagulum résistant; et il nous parut plus expéditif de recourir à la ligature.

Conclusions. Nos conclusions seront les suivantes :

1° Il existe des liquides qui coagulent instantanément le sang, et le convertissent en un caillot épais, homogène et consistant.

2° L'eau Pagliari, dont nous avons fait connaître la composition, grâce à la générosité de son inventeur, jouit de cette remarquable propriété, et n'exerce aucune action fâcheuse sur les tissus en contact.

3° La théorie, l'expérience et les observations cliniques concourent également à démontrer l'efficacité des effets hémostatiques de cette liqueur.

4° Le rôle de la compression, dans l'application des liquides hémostatiques, est de permettre la coagulation du sang, ainsi que les adhérences du caillot à l'embouchure des vaisseaux blessés.

5° Dans tous les cas où l'on ne peut recourir sans de graves inconvénients à la ligature, et dans ceux où l'altération du sang en empêche la coagulation et rend dangereuses les hémorrhagies, l'eau Pagliari sera employée avec avantages, et mérite d'être comptée parmi les ressources précieuses de notre art. SÉDILLOT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

PRÉPARATION DE LA SANTONINE SANS L'EMPLOI DE L'ALCOOL.

Par J. Lecocq, pharmacien à Saint-Quentin.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a plusieurs fois attiré l'attention de ses lecteurs sur la valeur de la santonine comme vermifuge, en regrettant toutefois que le prix élevé de cette base s'opposât à ce que son emploi fût plus général. Nous croyons donc faire une chose utile en signalant un procédé peu dispendieux de préparation de cet agent thérapeutique.

Pour obtenir la santonine, on prend 1 partie de semen-contra d'Alep réduit en poudre grossière, on le fait bouillir dans 10 parties d'eau, et, après un quart d'heure d'ébullition, on y ajoute une quantité suffisante de chaux éteinte pour rendre la liqueur légèrement alcaline ; on fait encore bouillir dix minutes, puis on passe à travers un linge, et on soumet le résidu à la presse. Si on ne le croit pas suffisamment épuisé, ce qui se reconnaît à ce qu'en le mâchant il ne doit point laisser dans la bouche la saveur chaude et piquante du semen-contra, on le fait bouillir de nouveau dans 5 nouvelles parties d'eau et un peu de chaux éteinte, on passe et on exprime de nouveau à la presse. Les liqueurs réunies sont évaporées jusqu'à ce qu'elles ne pèsent pas plus que le poids du semen-contra employé ; on les met dans une terrine en grès, on laisse refroidir, et alors on traite par un excès d'acide chlorhydrique. A l'instant même une matière grasse et résineuse se sépare en flocons épais qui surnagent. Le liquide et la santonine se précipitent en une poudre impalpable. On passe à travers un linge peu serré, la santonine passe avec le liquide, et la matière résineuse reste sur le linge. Cette substance ne contient que fort peu de santonine, et est rejetée. On laisse en repos, et le lendemain on trouve la santonine impure déposée au fond du vase.

On la lave à l'eau distillée, et on la purifie en la combinant de nouveau avec la chaux. Pour cela on la met dans une capsule de porcelaine avec une quantité d'eau distillée suffisante, 2 litres environ, on place sur le feu, et on porte à l'ébullition. On y ajoute alors une certaine quantité de chaux vive réduite en poudre, 50 à 60 grammes environ, et la combinaison s'opère en peu de temps (1). On filtre la

(1) Il importe, pour la réussite de l'opération, de ne point ajouter un excès de chaux en combinant la santonine impure à cette base, car le sel bibasique de santonine et de chaux est fort peu soluble dans l'eau ; mieux vaut laisser un excès de santonine que l'on retrouve sur le filtre, et que l'on traite de nouveau par la chaux.

liqueur et on la décolore par le charbon animal, puis on la traite par l'acide chlorhydrique. La santonine se précipite immédiatement. On la recueille sur un filtre, on la lave à l'eau distillée, jusqu'à ce que l'eau de lavage ne rougisse plus le papier de tournesol, on la sèche à l'étuve et à l'abri de la lumière.

Ainsi obtenue, la santonine est en petites paillettes blanches nacrées, d'un brillant magnifique, se colorant promptement en jaune au contact de la lumière. Il faut donc, pour l'avoir toujours blanche, la conserver dans un flacon en verre noir.

REMARQUES SUR UNE NOUVELLE FALSIFICATION ; GRANULES DE DIGITALINE SANS DIGITALINE.

MM. Homolle et Quévenne viennent d'ajouter un nom de plus sur la liste des fraudes qui ont envahi jusqu'au domaine des substances médicinales ; liste déjà fort longue, puisqu'elle commence au sirop de gomme sans gomme et s'élève audacieusement jusqu'au quinquina sans quinine, et à l'opium sans morphine. Leur note ne révèle pas seulement une fraude coupable, elle signale encore un moyen facile d'analyse pour la constatation de la digitaline.

A ce double titre, elle a donc droit d'être mentionnée dans ce journal.

La digitaline est une substance tellement amère, que l'absence de saveur est une preuve suffisante que cet alcaloïde fait défaut dans une préparation. Mais cette nouvelle substance est si facile à altérer qu'elle a pu être détruite par des manipulations intempestives. La réaction suivante, que signale M. Quévenne, a donc une valeur incontestable dans ces circonstances.

Lorsque la digitaline, dit cet honorable pharmacien, est altérée et a perdu la saveur amère qui constitue un de ses caractères, elle conserve encore la propriété de verdir par l'acide chlorhydrique.

En conséquence, nous avons pris vingt des granules suspects, nous les avons réduits en poudre et mis en contact pendant vingt-quatre heures dans un petit ballon avec 15 grammes d'alcool à 96° c., puis le liquide a été filtré et évaporé.

Pour point de comparaison, une pareille expérience a été faite avec vingt granules de digitaline dont la bonne préparation et la qualité nous étaient assurées.

Voici les résultats comparatifs obtenus avec les deux produits enlevés par l'alcool :

N° 1.	N° 2.
Granules suspects.	*Granules de qualité connue.*
Couche mince, transparente, d'un blond-paille, légèrement déliquescente.	Couche mince, transparente, plus pâle que la première, n'attirant que faiblement l'humidité de l'air (1).
Pèse 0,06.	Pèse 0,07.
Un fragment traité par deux gouttes d'alcool à 65° centig. s'y dissout facilement, et la solution n'offre point de saveur marquée, à part celle de l'alcool.	Un fragment traité de même par deux gouttes d'alcool à 65° s'y dissout promptement, et la solution est *d'une amertume intense.*

Un autre fragment de chaque résidu est mis dans un très-petit tube, avec quantité suffisante pour le baigner d'acide chlorhydrique concentré et incolore. On bouche et l'on agite de temps à autre.

Trois heures après, les deux liquides offrent l'aspect suivant :

Matière imparfaitement dissoute.	Matière imparfaitement dissoute.
Liquide surnageant, jaunâtre-caramel, limpide.	Liquide surnageant, *vert-ciguë intense.*

Le reste de la journée et le lendemain, chacun de ces deux liquides a conservé respectivement le même aspect.

Ainsi,

Le défaut de saveur amère dans les granules n° 1 et l'absence de couleur verte par l'acide chlorhydrique dans les produits retirés de ces granules par l'alcool, nous font conclure qu'ils ne contenaient pas trace de digitaline.

En outre, la deuxième circonstance (absence de couleur verte) nous autorise à dire que le défaut de saveur amère dans les granules en question ne provenait pas d'une altération accidentelle de la digitaline, mais bien de l'absence complète de celle-ci.

ACTION DE L'ACIDE SULFURIQUE SUR LE RÉSIDU INSOLUBLE DE L'OPIUM ÉPUISÉ PAR L'EAU. — FORMATION D'UN ALCALI.

Le plus petit fétu ajouté au kaléidoscope lui fait produire des nuances et des images différentes ; il en est de même en chimie végétale : tous les praticiens savent qu'un corps étranger, une heure de retard dans l'exécution d'un travail commencé, un *modus faciendi* nouveau, changent la nature des produits. Deux essais sur le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau nous confirment encore cette vérité.

Le résidu de l'opium soumis à la fermentation nous a donné une substance qui a beaucoup d'analogie avec la paramorphine ; cette sub-

(1) La faible déliquescence ici constatée doit être attribuée à une petite quantité de sucre métamorphosé, qui se trouve toujours dans le sucre ordinaire.

stance a été étudiée depuis nous par M. Arthur Guergy. Le compte-rendu du travail de ce chimiste a été reproduit dans la Revue du Journal de pharmacie, année 1849.

Notre seconde opération consiste à traiter le résidu de l'opium avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique. Le résultat est la production d'un alcali qui a beaucoup des caractères chimiques de la narcotine, mais qui en diffère complétement par son insolubilité dans l'éther. Cet alcali n'a également aucun rapport avec la codéine ou la narcéine ; puis on obtient une matière extractive, soluble en toutes proportions dans l'eau, à laquelle elle communique la propriété de mousser comme le fait le savon.

On opère de la manière suivante : on fait bouillir dans de l'eau distillée, acidulée avec de l'acide sulfurique, le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau ; après dix minutes d'ébullition, le mélange prend l'aspect d'un magma épais ; on le passe avec forte expression ; lorsque la colature est froide, on la filtre au papier.

Cette colature est fortement colorée ; son odeur rappelle celle de l'opium ; sa saveur est très-amère.

On y ajoute de l'ammoniaque en suffisante quantité pour que le papier de tournesol ne soit point altéré ; on filtre, on lave le précipité avec de l'eau distillée, on le laisse sécher ; puis on le fait bouillir avec une suffisante quantité d'alcool rectifié ; on filtre de nouveau. Cette liqueur alcoolique laisse déposer par le refroidissement une abondante cristallisation aiguillée, salie par une résine brune amère ; on la purifie par les moyens ordinaires.

Quelles propriétés thérapeutiques ont cet alcali, cette matière extractive savonneuse et cette résine brune amère? Participent-elles de l'action de l'opium? Nous l'ignorons ; le médecin seul peut déterminer leur valeur. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS DU FOIE, PAR LES EAUX DE VICHY.

(Suite et fin) (1).

Maintenant faisons application à la malade de M. Padioleau des rapides considérations que nous venons d'esquisser. Si l'anasarque dont elle était atteinte avait été symptomatique de la maladie du foie, elle n'eût pas constitué une contre-indication aux eaux de Vichy. Mais cette anasarque dépendait d'une maladie du cœur. Il était dès lors à

(1) Voir la livraison du 15 mai, pag. 411.

craindre que ce traitement ne l'augmentât, ou ne la fît reparaître si elle s'était momentanément dissipée, circonstance fort commune dans le cours de ces maladies. L'événement s'est donc trouvé parfaitement en rapport avec ce que l'observation générale des faits pouvait faire prévoir.

Ce que nous venons de dire de la plupart des hydropisies s'applique parfaitement à d'autres conditions pathologiques, plus ou moins déterminées, qui peuvent coïncider avec l'engorgement du foie : ainsi des tubercules dans les poumons, une disposition prononcée aux hémorrhagies soit pulmonaires, soit utérines, aux congestions cérébrales, une irritation ou une inflammation de l'estomac ou des intestins qui ne permette pas de supporter l'eau minérale, etc. Nous devons nous contenter de ces simples indications, car il s'agit ici beaucoup plus des contre-indications relatives aux eaux de Vichy en général, que de celles qui peuvent concerner leur emploi spécial dans les engorgements du foie.

Nous venons d'exposer quelles circonstances nous paraissent constituer une contre-indication générale au traitement par les eaux de Vichy. Mais sera-ce toujours là des contre-indications absolues, de telle sorte qu'il faille formellement priver certains malades du bien qu'ils eussent pu, dans d'autres conditions, obtenir du traitement thermal? Non certainement; et ceci nous conduit à exposer quelles modifications l'on peut et l'on doit faire subir à ce traitement pour l'adapter à telles ou telles conditions pathologiques générales.

Il y a un traitement banal à Vichy, celui qui consiste à prendre tous les jours un bain, pendant vingt ou trente jours de suite, et à boire un certain nombre de verres d'eau aux sources les plus populaires, l'*Hôpital* et la *Grande-Grille*. C'est là un mode de traitement qui convient effectivement à beaucoup de malades, et qu'un trop grand nombre suivent d'eux-mêmes et sans accorder une part suffisante à l'intervention directe du médecin. C'est même sous cette forme, il faut le dire, que se représente, à peu près exclusivement pour la plupart des praticiens, le traitement thermal de Vichy. Mais ce serait s'en faire une idée très-fausse que de le caractériser par cette simple exposition. On peut subir à Vichy un traitement thermal très-complet et très-actif, sans prendre de bains et sans boire d'eau de l'Hôpital ni de la Grande-Grille. Aussi, quand on demande si les eaux de Vichy conviennent dans tel cas ou dans telle maladie, est-il bon souvent, avant de répondre, de savoir ce qu'on entend par les eaux de Vichy. Nous allons donc exposer ce que l'on doit entendre par traitement thermal, à Vichy, en sortant le moins possible, autrement ce sujet nous entraînerait trop loin par son étendue, du cercle des faits qui nous ont déjà occupé.

Il est très-vrai que les bains sont un des éléments les plus précieux du traitement thermal, à Vichy. Il est même vivement à regretter que le nombre très-insuffisant des piscines qui existent dans cet établissement ne permette pas d'employer en grand ce puissant moyen thérapeutique. Mais enfin, il est des cas où les eaux de Vichy peuvent convenir, et où les bains se trouvent contre-indiqués. Prenons un exemple dans notre sujet : l'hydropisie.

A quelque cause que soit due l'hydropisie, il est certain que son existence ou sa prédisposition ne s'accommode pas de l'usage des bains. Pourquoi? Les bains, les bains toniques ou stimulants surtout, ayant pour effet d'aider aux fonctions de la peau, d'assouplir celle-ci, de faciliter la transpiration, etc., il semble qu'ils devraient convenir alors. Mais l'expérience a enseigné le contraire. L'absorption de l'eau par la surface de la peau en est, sans doute, la principale cause.

La première chose à faire à Vichy, si l'on juge convenable de prescrire le traitement thermal à un malade atteint d'hydropisie ou disposé à l'hydropisie, est donc de supprimer les bains. Nous avons vu cependant des œdèmes considérables des membres inférieurs, symptomatiques d'un engorgement du foie, céder à l'usage des bains. Mais il s'agit ici d'un phénomène tout local; et même alors il ne faudrait pas toujours s'y fier.

On sait que, parmi les éléments divers qui constituent les eaux de Vichy, les sels alcalins dominent d'une manière remarquable ; c'est là, sans doute, une des causes importantes de leur supériorité, car il n'est guère de sources minérales, en Europe, qui les égalent sous ce rapport. On y trouve environ 5 grammes de bicarbonate de soude par litre. Mais il ne faut pas croire que chaque litre d'eau que l'on boit introduise 5 grammes de bicarbonate de soude dans les voies de la circulation, heureusement pour les malades qui prennent 3 ou 4 litres et plus par jour, pendant un mois et davantage. D'abord, nous ne savons pas encore quelles décompositions peuvent atteindre une partie de ce bicarbonate de soude, dès son introduction dans l'économie. Ensuite, il est des voies d'élimination, destinées à débarrasser l'économie des principes qui ne sont pas assimilés : l'urine, d'abord, où peut-être les boissons arrivent sans avoir traversé l'économie tout entière. Cette dernière supposition, notre éminent physiologiste, M. Cl. Bernard, a cru en démontrer la réalité, par l'existence d'une communication directe du système porte avec la veine cave inférieure, et le refoulement du sang veineux dans le rein lui-même. Les observations de Liebig (*Introduction à la chimie organique*) touchant la nécessité, pour que les sels minéraux pénètrent dans le sang, qu'ils soient présentés à

l'absorption très-étendus et à faible dose, trouveraient peut-être ici leur place.

Dans tous les cas, l'organisme est soumis évidemment ici à une médication alcaline, médication que l'on a appelée *fluidifiante,* mot qui n'aurait, dans la plupart des cas où s'emploient les eaux de Vichy, qu'une signification répulsive, s'il était applicable à l'usage rationnel de cette médication, mais qui retrouve parfaitement son application chez ces malades qui, suivant une pratique déplorable, s'abreuvent indéfiniment et sans relâche d'eau de Vichy. Cependant c'est toujours là une médication alcaline. Eh bien, cette médication renferme elle-même le remède à côté de l'inconvénient. Si l'alcali tend à dissocier un des éléments du sang, la fibrine, le fer, qu'on y rencontre aussi, tend à en reconstituer un autre élément, les globules.

Dans toutes les sources de Vichy, comme dans toutes les eaux alcalines, si nous ne nous trompons, il y a du fer;—par une prévision de la nature, pourrions-nous ajouter, s'il nous convenait de suivre ce point de vue purement chimique. Mais cette quantité de fer est fort petite, 1 milligramme environ pour un litre, dans les sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital, celles dont on fait l'usage le plus grand, les seules à peu près dont on fît usage, il y a quelques années. Il est vrai que dans cet état d'extrême division, le fer agit avec une énergie incomparablement plus grande que sous les formes habituelles de la thérapeutique.

Mais il existe à Vichy, depuis quelques années, une source artésienne qui contient du fer en quantité très-supérieure, en assez grande quantité pour que la saveur d'*encre* y domine. Cette source est une des plus précieuses acquisitions que pût faire le cercle des sources de Vichy. Disons-en autant des sources d'*Hauterive*, presque aussi ferrugineuses et beaucoup plus gazeuses que la source *Lardy*.

Nous voici donc en mesure, toutes les fois que nous craindrons spécialement l'action fluidifiante des eaux de Vichy, d'opposer à celle-ci un correctif, le fer. Aussi l'eau *Lardy* (qui partage, du reste, avec les autres sources de Vichy les éléments auxquels elles doivent leurs vertus) se présente-t-elle à nous dans tous les cas de débilité profonde, de cachexie avancée, de tendance à l'hydropisie, etc. Dans mainte circonstance où les eaux de Vichy qui renferment très-peu de fer seront contre-indiquées, les eaux de la source Lardy seront donc utilement employées.

Revenons à l'observation de M. Padioleau. Nous avons déclaré que, d'accord avec l'opinion de M. Bretonneau, la préexistence d'une anasarque dépendant d'une affection du cœur nous paraissait une contre-

indication générale au traitement par les eaux de Vichy. Mais nous avons dû pressentir également qu'il y avait peut-être moyen de concilier cette contre-indication avec l'indication spéciale qui ressortait de l'engorgement du foie. Eh bien, nous oserons émettre ici la conviction où nous sommes que la malade de M. Padioleau avait pris des bains et n'avait pas bu d'eau du puits Lardy, et que c'est pour cela, sans doute, que l'anasarque a reparu, suivant la prévision qu'en avait semblé porter l'illustre maître dont nous avons reproduit l'opinion. Et nous ajouterons que si cette malade n'eût pas pris de bains et eût bu l'eau de la source Lardy, l'issue de ce traitement eût été, sans doute, différente. Nous ajouterons encore ceci : c'est par l'emploi de préparations ferrugineuses que M. Padioleau a enfin guéri sa malade, après ce malencontreux voyage à Vichy. Ce praticien distingué en déduit le conseil d'étudier l'action du fer dans les maladies du foie. On sait que, depuis quelque temps, une pratique très-intéressante paraît destinée à prendre racine : nous voulons parler de l'administration des ferrugineux dans les maladies du cœur. Notre estimable confrère de Nantes ne paraît pas avoir soupçonné que sa malade pouvait précisément trouver à remplir, à Vichy, cette indication des ferrugineux, qui paraissait découler chez elle d'une triple source : maladie du cœur, hydropisie, maladie du foie.

Mais ce n'est pas tout. Si l'on est privé, dans les cas de ce genre, de la ressource des bains, on peut y suppléer par d'autres moyens de traitement; les douches, par exemple, moyen qui peut se varier à l'infini. Nous ne parlerons pas ici des divers procédés de douches et des degrés dans l'énergie de ce moyen : d'abord, parce que tout le monde les connaît, ensuite, parce que la vérité nous oblige de reconnaître que l'établissement de Vichy ne brille pas sous ce rapport. Mais ce n'est là qu'un provisoire déjà vieux, et dont nous savons que la durée ne sera pas longue.

Nous parlerons seulement des indications auxquelles le siége de la douche peut satisfaire : ainsi sur le siége du mal, la région du foie, par exemple, dans les engorgements de cet organe, moyen puissant de résolution; dans les régions dorsale et lombaire, médication tonique et stimulante qui, du voisinage de la moelle épinière et du grand sympathique, où elle s'adresse, paraît s'étendre à tous les organes qui puisent leur innervation dans ces deux centres différents; sur les extrémités inférieures, agent énergique de révulsion qui rappelle la chaleur aux extrémités, les sueurs quelquefois. Les moyens de ce genre ne sont-ils pas bien propres à suppléer aux bains, si ceux-ci ne peuvent avoir leur part dans le traitement? Point d'absorption ici, notable au

moins, de parties aqueuses, alcalines, enfin, de ce qui fait rejeter les bains dans les cas dont nous avons parlé.

Ce n'est pas tout encore. Il y a une portion du système circulatoire qui a une connexion manifeste avec le système hépatique : ce sont les vaisseaux qui environnent l'extrémité inférieure du gros intestin. Or, nous possédons un moyen d'agir directement sur cette portion du système circulatoire, de la développer presque à volonté, quelquefois même de l'épanouir en un tissu comme érectile, hémorrhoïdaire, et, par suite, d'activer, de débarrasser la circulation porte et hépatique. Nous parlons de douches ascendantes, soit extérieures, sur l'anus et le périnée, soit profondes. Nous signalons cette action spéciale sur la circulation abdominale. Le lecteur y ajoutera une action encore plus considérable sur les fonctions digestives et sur l'appareil de la génération chez la femme.

Nous aurions pu, parallèlement aux propriétés ferrugineuses de quelques-unes des sources de Vichy, exposer ici les ressources différentes, mais précieuses aussi, que l'addition d'une certaine proportion d'hydrogène sulfuré ajoute à d'autres sources, celle du *Petit-Puits* et la source *Lucas*, et encore la *Source des Dames*, sur la route de Cusset, à la fois sulfureuse et ferrugineuse. Ici, c'est aux complications fâcheuses du côté de l'appareil de la respiration, toux, catarrhe, asthme, palpitations nerveuses même, que s'adresse ce nouvel élément.

Ne voilà-t-il pas bien des moyens énergiques et rationnels, et bien éprouvés, à employer chez les malades à qui ne convient pas le traitement banal de Vichy, les bains et l'eau de l'Hôpital et de la Grande-Grille, mais à qui pourtant les eaux de Vichy peuvent rendre des services?

Nous n'irons pas plus loin, car ce n'est qu'une réponse que nous avons essayée, et que nous devons renfermer dans des bornes modestes, à l'interpellation de M. Padioleau.

Nous aurions désiré concentrer cette réponse dans une simple formule, qui eût dispensé le praticien de lire les pages qui précèdent. Mais le sujet ne le souffrait pas. Il n'est guère de traitements, en médecine, ni d'indications, qui se prêtent à être enfermés dans les bornes étroites d'une formule. D'ailleurs, on a vu que la définition seule des *eaux de Vichy* exigeait un certain développement.

Maintenant, et nous terminons par cette considération, il ne faut pas exiger du médecin d'eaux minérales, plus que du médecin qui emploie toute autre médication, d'indications mathématiques et à l'abri de tout mécompte. La thérapeutique par les eaux minérales, comme tous les modes de traitement possibles, se conseille par l'empirisme d'abord, puis d'après les indications qu'il a été permis d'établir. Mais il faut

que l'esprit d'observation vienne fournir une direction, comme il faut que la nature consente à concourir au remède.

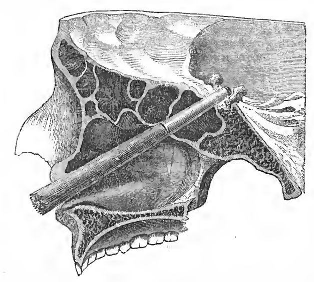
DURAND-FARDEL,
Médecin inspecteur des sources d'Hauterive,
correspondant de l'Académie de médecine.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation de pénétration d'un corps étranger dans la cavité crânienne, non soupçonnée pendant la vie.— Il est des faits véritablement exceptionnels, qu'il importe cependant aux médecins de connaître, pour ne pas être pris au dépourvu. Qu'un homme soit pris subi tement d'accidents aigus du côté du cerveau, et la première idée qui se présentera sera que l'on a affaire à une méningite ou à une cérébrite idiopathiques; et cependant ne pourrait-il pas se faire qu'un corps étranger fût la cause de ces accidents? Les fosses nasales, les cavités orbitaires, les canaux auditifs ne constituent-ils pas autant de voies largement ouvertes, par lesquelles un corps étranger peut pénétrer avec la plus grande facilité dans la cavité crânienne et par suite dans le cerveau? Nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité pour le médecin, avant d'instituer un traitement dans les cas de ce genre, de s'informer des circonstances de la maladie, et surtout d'examiner avec soin les cavités nasales, orbitaires et auditives. Le fait suivant vient à l'appui des réflexions qui précèdent :

Un trompette de lanciers, âgé de trente ans, entra à l'hôpital le 27 février dernier, envoyé par le chirurgien sous-aide qui, le matin, l'avait trouvé encore au lit à dix heures du matin, ayant un peu de confusion dans les idées, mais répondant cependant assez bien aux questions qu'on lui adressait. La veille au soir, en jouant à la canne avec des camarades, il en avait, disait-il, reçu un petit coup sur le nez; le fait est qu'on apercevait sur la narine gauche une petite piqûre semblable à une morsure de sangsue. Malgré le repos au lit et un purgatif, le malade était dans le même état le lendemain, sauf un peu plus de stupeur; cependant comme il n'y avait pas de symptômes alarmants, M. Anderson ne se livra à aucun examen spécial et s'en tint à quelques applications tièdes et à un nouveau purgatif. Dans la soirée, il survint de violentes convulsions, avec respiration stertoreuse, écume à la bouche; l'œil droit était largement ouvert et la pupille fortement contractée; l'œil gauche recouvert par la paupière paralysée, et la pupille correspondante très-dilatée; évacuations involontaires. Malgré

un traitement très-énergique, la mort eut lieu dans la soirée, après un nouvel accès convulsif.



En détachant le cerveau à l'autopsie, le scalpel vint heurter, au niveau de la division des nerfs optiques, contre un corps métallique dirigé obliquement en haut et en arrière, faisant saillie dans la cavité du crâne, au voisinage du côté gauche de la selle turcique, pressant sur le nerf optique gauche et sur le côté gauche de la commissure optique; c'était l'extrémité ferrée d'une petite canne qui avait pénétré, ainsi qu'on peut le voir dans la planche ci-jointe, dans la narine gauche, à travers l'aile gauche du nez, à la jonction du cartilage avec l'os ; puis, se dirigeant de bas en haut, d'avant en arrière et un peu en dedans, avait froissé les cornets moyen et inférieur, traversé la grande cellule du corps du sphénoïde, brisant et poussant devant elle l'apophyse clinoïde postérieure, et était enfin venue se placer au-dessus, sans rompre les membranes qui tapissent la portion antérieure du cerveau, qui est en rapport immédiat avec le nerf optique du côté gauche.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BRONCHITE AIGUE *des enfants* (*Utilité de l'enlèvement des mucosités laryngiennes dans la*). La bronchite capillaire aiguë, chez les enfants, est, comme chacun sait, une affection des plus graves, surtout lorsqu'elle attaque les sujets à une époque très-rapprochée de la nais-

sance. Aussi les médecins qui s'occupent particulièrement des maladies des enfants portent-ils, avec raison, le pronostic le plus fâcheux lorsqu'ils voient l'inflammation des voies aériennes s'étendre de la trachée et des grosses bronches aux dernières ramifications. Si l'enfant est très-jeune et très-faible, il ne reste guère d'espoir de le sauver. M. Valleix a eu récemment l'occasion d'observer un de ces cas, au sujet duquel, en signalant les causes de cette gravité extrême de la maladie, il s'est étudié à rechercher les moyens les plus efficaces d'y remédier. Voici, d'une manière résumée, l'observation qui fait le sujet de cette communication.

Le 18 février dernier, M. Valleix fut appelé pour un enfant de cinq semaines, malade depuis deux jours. La maladie avait débuté par un léger coryza. Le jour où M. Valleix le vit pour la première fois, la maladie avait déjà fait de grands progrès. L'enfant toussait beaucoup; il était abattu et ne prenait plus le sein. La face était un peu rouge; abattement, somnolence continuelle interrompue seulement par la toux; peau chaude, sans sueur; pouls à 164; respiration précipitée, pénible. La percussion donne un son clair partout. A l'auscultation, on entend dans toute la partie postérieure du thorax un râle abondant, à bulles grosses et humides, se faisant entendre à l'inspiration et à l'expiration. La toux est fréquente et paraît très-douloureuse. L'inspection de la gorge fait voir le voile du palais d'un rouge vif, ainsi que la luette qui est gonflée et globuleuse. (Sirop d'ipéca, par cuillerées à dessert, toutes les dix minutes, jusqu'à production de quatre ou cinq vomissements.)

Le lendemain 19, aggravation des symptômes; bulles de gros râle dans le larynx, principalement à l'expiration. Deux vomissements peu abondants et deux garderobes. (Vésicatoire couvrant toute la hauteur du sternum.)

Le 20, la respiratien est un peu plus libre et un peu moins râlante dans le larynx; mais le râle sous-crépitant est aussi étendu et aussi abondant. Pouls à 140. Doux ou trois évacuations peu abondantes. (Demi-looch blanc avec kermès minéral, par cuillerées à café, toutes les heures. Deux vésicatoires de chaque côté de la partie antérieure de la poitrine.)

Le 21, point d'évacuations; grand abattement; traits altérés; toux fréquente et faible; gros râle trachéal. Des mucosités épaisses et abondantes sont soulevées dans la trachée et le larynx. L'enfant paraît à toute extrémité. (Lavement huileux, sinapismes promenés sur les membres inférieurs et sur le tronc.)

Le 22, la respiration est un peu plus libre et plus facile; le pouls un peu moins accéléré.

Le 23, même état. Mais le soir il y a plusieurs accès de suffocation. Bruit trachéal très-fort; les efforts de la toux sont impuissants à détacher les mucosités. Commencement de cyanose aux extrémités. (Deux nouveaux vésicatoires sur les côtés de la poitrine. Deux cuillerées à café de sirop de nerprun en plusieurs fois dans du sirop de capillaire.)

Le 24, même état.

Le 25, accès de suffocation plus longs et plus rapprochés. Dans un de ces accès l'enfant tombe dans un état de mort apparente. Absence complète de respiration et de battements du cœur. Après avoir cherché inutilement à ranimer la respiration, en imprimant des mouvements réguliers aux côtes, M. Valleix se hâta de pratiquer l'insufflation de bouche à bouche, à travers un mouchoir fin, interposé. Au bout de sept ou huit insufflations, alternant avec la compression des côtes, l'enfant fait un seul mouvement d'inspiration, brusque et profond, puis retombe dans le même état de mort apparente. Deux ou trois nouvelles insufflations produisent une seconde inspiration semblable, qui cette fois est suivie de plusieurs inspirations courtes et précipitées, à la suite desquelles la respiration se rétablit et l'enfant revient à la vie.

La respiration, cependant, restant très-embarrassée et le râle trachéal extrêmement fort, M. Valleix porte le manche d'une petite cuiller jusqu'au fond de la gorge et la trouve obstruée par des mucosités filantes, transparentes, en très-grande quantité. Cette manœuvre provoque des mouvements d'expulsion dont il profite pour retirer quelques mucosités en longs filaments. M. Valleix substitue ensuite le petit doigt à la cuiller, le porte jusque sur l'ouverture du larynx, et aidé

par les mouvements d'expulsion, il retire encore une assez grande quantité de mucosités. Dès ce moment la respiration devient un peu plus facile.

Cependant les mucosités se reforment promptement, et il faut répéter souvent cette manœuvre pour prévenir l'asphyxie. Ces manœuvres, renouvelées autant de fois que la gorge se remplit de nouvelles mucosités, et alternées avec l'insufflation toutes les fois qu'il survient de nouveaux accès de suffocation, et cela pendant trois jours consécutifs et presque sans interruption, finissent par mettre un terme à cet état si grave.

A dater du 27, les symptômes vont toujours en diminuant.

Le 15 avril, l'enfant était dans un état de santé parfaite.

L'exposé seul de ce fait, bien que nous n'en ayons reproduit que les circonstances principales, suffit pour en faire apprécier toute la gravité, ainsi que l'efficacité du traitement. La conduite tenue dans cette circonstance par M. Valleix doit être considérée comme une règle de conduite pour les praticiens, toutes les fois qu'ils auront affaire à un cas semblable. (*Union médic.*, avril 1852.)

CHORÉE. *Son traitement par la strychnine.* Les lecteurs du *Bulletin* ont encore présent à l'esprit le mémoire récemment publié dans ce recueil, par M. le professeur Forget, sur le traitement de la chorée par la strychnine, et l'exemple remarquable de guérison, à l'aide de cet agent, d'une des chorées les plus intenses qu'on puisse rencontrer. Nous pensons qu'on ne lira pas avec moins d'intérêt la relation des faits suivants, communiqués par M. le docteur Chevandier, de Die, et qui, en confirmant l'efficacité du traitement par la strychnine, tendraient en même temps à prêter un nouvel appui à l'interprétation rationnelle que l'honorable professeur de Strasbourg a essayé d'en donner.

Obs. I. Au mois de janvier 1849, M. Chevandier fut appelé à donner ses soins à une petite fille de huit ans, d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux. A l'âge de quatre ans, cette petite fille avait été atteinte d'une affection de la moelle épinière qui agita le membre abdominal droit de mouvements choréiformes, qui n'ont jamais été complétement vaincus. Sans cause connue, elle fut prise un jour de mal de tête, d'agitation, et enfin de mouvements choréiques parfaitement caractérisés : grimaces du visage, mobilité extrême de la tête, impossibilité absolue de tenir le bras et la jambe du côté droit en repos, bégayement, station impossible. Des frictions avec l'huile de croton étendue d'huile camphrée et la strychnine à l'intérieur, ont amené la guérison en vingt jours. (Il est regrettable que l'auteur n'indique pas la quantité de strychnine administrée et la dose prise par jour.)

La deuxième observation rapportée par M. Chevandier offre, sous ce dernier rapport, des indications plus précises et qui lui donnent par là plus de valeur.

Obs. II. Il s'agit d'une petite fille de sept ans, qui, à la suite d'une exposition au soleil, fut prise d'un violent mal de tête suivi bientôt de mouvements involontaires et désordonnés de tout le côté droit. La face était grimaçante ; la bouche toujours en mouvement laissait s'échapper constamment une écume que la langue battait et repoussait sans cesse ; le bras ne pouvait rien atteindre, la main ne savait rien tenir, et le pied ne trouvait plus le sol. La chorée revenait par accès, séparés seulement par une rémission de dix minutes environ. Les bains tièdes et les sangsues à la nuque furent inutiles. Le sommeil était nul ; la vessie ne retenait plus les urines ; une sorte de hoquet très-pénible se montrait souvent ; la sensibilité était très-obtuse sur tout le côté droit. Tous ces symptômes avaient deux mois de date, quand M. Chevandier soumit l'enfant aux frictions sur le dos et sur les membres avec la strychnine dissoute avec l'alcool et l'éther, et aux pilules de strychnine d'un seizième de grain, une le matin et une le soir. Dix centigrammes ont amené une guérison radicale.

M. Chevandier rapporte enfin sommairement deux autres cas de chorée également très-intense, guéris à l'aide de la strychnine en frictions et en pilules, l'un après quinze jours et l'autre après vingt-un jours de traitement.

Bien que dans les faits que nous venons de reproduire la chorée n'eût ni l'intensité, ni la ténacité du cas rapporté par M. Forget, et qu'elle fût, en général, d'une origine

assez récente pour qu'on eût peut-être pu en espérer la guérison par d'autres moyens perturbateurs, tels que l'immersion dans l'eau froide, par exemple, aidée des moyens gymnastiques dont nous avons naguère exposé les résultats si avantageux, ils n'en sont pas moins dignes d'attention et capables d'encourager dans l'administration d'un agent dont l'efficacité s'est montrée aussi constante. (*Union médicale*, mai 1852.)

HÉMORRHAGIES DE LA PAUME DE LA MAIN (*Motifs qui doivent faire préférer la ligature au fond de la plaie à la méthode d'Anel, dans les*). Dans les cas d'hémorrhagies de la paume de la main produites par une blessure de l'une des branches de l'arcade palmaire, un précepte à peu près généralement adopté est de pratiquer la ligature de l'un des troncs artériels d'après la méthode d'Anel. Ce précepte est basé sur cette considération, que le peu de résistance et la friabilité des vaisseaux blessés, surtout lorsqu'ils sont déjà baignés par la suppuration, en rendent la ligature insuffisante, soit que les parois de ces vaisseaux se rompent et se déchirent sous la constriction du fil, soit que la chute de ce lien ait lieu avant l'organisation du caillot, l'hémorrhagie, dans un cas comme dans l'autre, devant fatalement se reproduire. Ce précepte est-il aussi bien fondé en fait qu'en théorie, et la pratique justifie-t-elle de tous points la préférence que la plupart des chirurgiens de notre époque, à l'exemple de Dupuytren, accordent à la méthode d'Anel? Telle est la question que M. Nélaton s'est posée à l'occasion d'un cas de lésion de l'arcade palmaire, pour lequel, heureusement, il n'a eu à prendre de détermination ni dans un sens ni dans l'autre, l'hémorrhagie ayant cédé à la compression opérée à l'aide d'un petit mécanisme, que nous exposerons tout à l'heure.

Pour résoudre cette question, M. Nélaton a entrepris sur des animaux les expériences suivantes :

Sur un chien adulte, il mettait à nu, par une large incision, la carotide primitive; la plaie était remplie de bourdonnets de charpie sèche. Au bout de quelques jours, lorsque la suppuration était bien établie, il passait un fil sous l'artère et la liait. Jamais il n'a observé d'hémorrhagie à la chute de la ligature; les caillots étaient organisés et opposaient un obstacle suffisant au cours du sang. Mais les animaux ne pouvant être entièrement assimilés à l'homme sous ce rapport, pour donner à ces expériences une valeur plus probante, M. Nélaton a fait les recherches suivantes sur le cadavre humain :

Sur des moignons d'amputés de la cuisse, par exemple, morts au bout de quinze à vingt jours, c'est-à-dire lorsque la plaie suppurait abondamment, il a lié des artères de divers calibres, et il a vu que, quoique la ligature fût fortement serrée, les tuniques externes résistaient parfaitement.

Cette double série d'expériences l'ont porté à rejeter complétement la doctrine de Dupuytren sur la sécabilité des artères baignées par le pus, et il s'est cru autorisé à en conclure que, bien que des ligatures faites dans les circonstances indiquées tombent plus vite que celles que l'on place sur des artères saines (dans l'espace de six à huit jours), elles ne tombent cependant pas prématurément, c'est-à-dire avant l'organisation du caillot.

D'un autre côté, considérant que la ligature à distance, d'après la méthode d'Anel, n'atteint qu'insuffisamment son but, la circulation collatérale s'établissant le plus souvent avant que les orifices béants des artères lésées aient eu le temps d'être oblitérés par le travail de cicatrisation; il s'ensuit, dans l'opinion de M. Nélaton, que la ligature à distance est le plus souvent infidèle, insuffisante et même dangereuse, à cause de la fausse sécurité qu'elle inspire, et qu'on doit lui préférer la ligature au fond de la plaie.

En résumé, voici dans quel ordre M. Nélaton range les moyens qui sont à la disposition du chirurgien en semblable circonstance : En première ligne, la ligature dans la plaie; ensuite, si le sang vient de plusieurs sources, si les vaisseaux sont trop profonds, la compression appliquée sur la plaie et sur les grosses artères; si cela ne suffit pas, porter le cautère actuel sur les points saignants. Ce ne sera qu'à la dernière extrémité, et quand on aura échoué par tous ces moyens, que l'on devra avoir recours à la méthode d'Anel.

— Nous avons dit que, dans le cas qui a été le sujet de l'exposition qui

précède, M. Nélaton avait eu recours à un mode de compression qui avait été suivi de succès. Voici en quoi il consiste:

Il s'agissait d'une blessure de la partie supérieure et moyenne de la paume de la main, intéressant l'arcade palmaire superficielle, et qui, depuis deux jours, donnait lieu à des hémorrhagies incoercibles. Deux petites bandes roulées furent appliquées parallèlement à la direction de chacune des artères radiale et cubitale, et maintenues dans leur position par une bandelette de diachylon faisant plusieurs tours. Les bandes, que l'on peut remplacer, si on le juge convenable, par des bouchons de liége ou des rouleaux de diachylon, comprimaient les artères sur les os correspondants; mais, comme leur forme arrondie et la convexité de l'avant-bras leur auraient pu permettre de se déplacer en se rapprochant l'une de l'autre, on plaça entre elles deux, et par-dessus la première bandelette de diachylon, un troisième rouleau, qui, fixe lui-même par une nouvelle bandelette, augmentait la compression et ajoutait à la solidité de l'appareil. Des tampons de charpie et des rondelles d'agaric superposées, furent placés au niveau de la plaie; et, pour éviter les mouvements, la face dorsale de l'avant-bras et de la main reposait sur une palette garnie de coton cardé. Après plusieurs jours d'application de cet appareil, aucune trace d'hémorrhagie n'avait reparu. (*Gaz. des Hôpit.*, mai 1852.)

ENGORGEMENT *chronique de la rate* (*Observations d'*); *résolution par l'usage du fer réduit par l'hydrogène.* On a trop de tendance de nos jours à oublier les choses anciennes, pour que nous ne nous efforcions pas de leur restituer la place qu'elles méritent. Ainsi les préparations ferrugineuses étaient recommandées par les anciens pour résoudre les engorgements chroniques de la rate, consécutifs aux fièvres intermittentes, et tous les grands praticiens des siècles derniers en ont recommandé l'emploi. Plus récemment, M. Cruveilhier écrivait que les préparations ferrugineuses sont la clef du traitement de ces engorgements chroniques de la rate. Et cependant généralement on néglige ces préparations, pour leur substituer surtout le sulfate de quinine à haute dose. Nul doute que lorsque ces engorgements sont récents et qu'ils coïncident avec des accès fébriles irréguliers, on ne puisse obtenir de grands succès avec ce précieux moyen; mais il arrive un moment où l'hypertrophie de cet organe passe vraiment à l'état chronique, où dès lors elle est tout à fait indépendante de la cause qui l'a produite, et hors d'atteinte par conséquent pour le remède qui, dans l'origine, semblait avoir combattu efficacement et la fièvre et l'engorgement qui en est souvent la suite. Dans ces cas, dans lesquels il semble qu'il y a une altération véritable de l'organisme, dans lesquels l'engorgement splénique se trouve lié à un véritable état chloro-anémique, les préparations martiales peuvent avoir d'heureux résultats. Mais est-il indifférent d'employer telle ou telle préparation ferrugineuse? Bien que toutes ces préparations soient douées d'une qualité commune, il n'en est pas moins vrai que la forme sous laquelle est administré le fer peut, dans quelques cas, en rendre l'action plus facile, et que c'est bien souvent de la tolérance de l'estomac pour telle ou telle de ces préparations que résulte le succès qu'on obtient. Voici ce que M. Costes vient de montrer par deux observations que nous allons rapporter brièvement.

La première est celle d'une jeune fille de dix-sept ans, gardeuse de vaches, d'une constitution faible et détériorée par un mauvais régime, affectée à diverses reprises de fièvre intermittente et, à la suite, d'un engorgement chronique de la rate tel que cet organe descendait jusqu'au pubis, mesurant transversalement 17 cent, et 45 cent. de long; elle portait également un ulcère atonique à la jambe gauche. Elle entra à l'hôpital dans un état chloro-anémique des plus prononcés. Le sulfate de quinine fut administré pendant cinq jours, à la dose d'un gramme, bien qu'il n'y eût pas eu depuis longtemps d'accès de fièvre; mais des tintements d'oreilles, de la céphalalgie plus forte et l'absence de modification du côté de l'abdomen y firent renoncer. On prescrivit l'iodure de fer à la dose de 0,10 par jour, qui détermina des douleurs d'estomac et ne put être supporté; puis les pilules de Bland, qu'elle toléra d'abord assez bien, deux par jour, mais qui produisirent beaucoup de céphalalgie et des épistaxis répétées et alarmantes par leur abondance;

enfin le fer réduit par l'hydrogène, aux doses successives de 5,10 et 15 centigr. Quelques jours après, des accès fébriles s'étant manifestés, le sulfate de quinine fut repris à 40 centigr.; l'état de la rate n'en fut pas modifié; on reprit le fer réduit par l'hydrogène, à 15 centigr. Après un mois, les forces se rétablirent, la santé générale devint meilleure, l'ulcère se réduisit à presque rien, l'abdomen diminua de volume, ainsi que la rate, qui n'avait plus que 11 centim. transversalement et 38 longitudinalement. On continua le fer pendant un mois encore, et la malade quitta l'hôpital, guérie de sa chloro-anémie et de son engorgement de la rate, réduite, ou peu s'en faut, à son état normal.

Dans le second fait, également relatif à une jeune fille, âgée de douze ans, présentant les mêmes phénomènes que la malade précédente, et comme elle à la suite de fièvres intermittentes anciennes et répétées, le sulfate de quinine à la dose de 0,50, puis d'un gramme, continué pendant dix jours, n'eut aucun effet sur la rate; il y eut seulement deux épistaxis abondantes. Le fer réduit fut donné alors à la dose de 0,10 centigr. par jour pendant une quinzaine, puis à celle de 0,15 centigr. pendant dix jours, enfin, à la dose de 0,20 centigr. dix autres jours après. Sous l'influence de ce traitement, amélioration des plus remarquables et en général très-satisfaisante; après deux mois de séjour, la malade se trouve si bien qu'elle veut quitter l'hôpital. La rate avait diminué de plus de moitié. (*Journal de méd. de Bordeaux*, mai.)

IODURE DE POTASSIUM. *Son emploi dans le traitement de certaines sciatiques et de quelques rhumatismes de cause spécifique, ainsi que dans la sciatique essentielle ou indépendante de toute autre lésion ou complication.* S'il est un fait bien établi et irréfragablement démontré en thérapeutique, c'est l'efficacité de l'iodure de potassium contre tout symptôme nerveux, paralytique ou douloureux, lié à l'existence d'une affection syphilitique consécutive. Cette action spécifique de l'iodure de potassium est si manifeste et si constante qu'on est tenté, toutes les fois qu'un phénomène nerveux d'une origine douteuse paraît céder sous l'influence de l'iodure de potassium, d'appliquer l'adage: *Naturam morborum ostendit curatio*, et de conclure de la guérison de la maladie à sa nature syphilitique. Il ne faudrait cependant pas pousser jusqu'à cette extrême limite la logique rigoureuse des faits. La propriété merveilleuse qu'a cette substance d'introduire dans le sein de l'économie une de ces modifications inconnues qui vont retentir jusqu'à ce qu'il y a de plus intime dans les phénomènes d'innervation et de nutrition, cette propriété, disons nous, n'est pas tellement spéciale aux phénomènes d'origine syphilitique, qu'elle ne s'exerce aussi d'une manière avantageuse dans divers autres états morbides parfaitement indépendants de cette affection. Le *Bulletin* a publié dans le temps un travail dont l'objet était de démontrer l'efficacité de ce sel dans certains cas de paraplégie essentielle, ou du moins indépendante de toute lésion organique appréciable. Nous trouvons insérées dans le même journal, et à peu de jours de distance, deux communications, dont l'une a pour objet de confirmer par de nouveaux exemples l'efficacité de l'iodure de potassium dans certaines sciatiques et quelques rhumatismes de cause spécifique, tandis que l'autre fait connaître les bons effets de ce même agent dans des cas de sciatique simple.

Nous reproduirons quelques-uns des faits les plus saillants consignés dans ces deux notes également intéressantes.

Un homme âgé de soixante-dix ans, ayant eu à vingt-cinq ans une blennorrhagie, et à trente ans un chancre sur la verge, fut pris, à l'âge de cinquante ans, d'une sciatique qui, ayant résisté à tous les moyens employés, ne fit que s'aggraver jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, époque où ce malade alla consulter M. le docteur Gérard, de Lyon. — D'après les antécédents, l'irrégularité des traitements suivis, et surtout cette circonstance que les douleurs sciatiques étaient exaspérées par la chaleur et pendant la nuit, M. Gérard n'hésita pas à en attribuer l'origine à une syphilis constitutionnelle méconnue, et il prescrivit, en conséquence, l'iodure de potassium (3 grammes dans 1,000 grammes de tisane de salsepareille, à prendre en quatre doses, une tous les matins, et à répéter). Dès le deuxième jour, le médicament commença à produire

une moiteur douce et continue, qui fut accompagnée d'un grand soulagement, et, après huit jours de traitement, les douleurs avaient entièrement cessé.

L'origine syphilitique, qui est peut-être douteuse et pourrait, jusqu'à un certain point, être contestée dans ce cas-ci, est beaucoup plus évidente dans les deux cas suivants, où l'efficacité de l'iodure de potassium s'est montrée dans toute son énergie.

Une dame de vingt-trois ans était, depuis quelque temps, retenue dans sa chambre, et le plus ordinairement dans son lit, par des douleurs qui du bassin s'irradiaient jusqu'au talon gauche, en suivant la partie postérieure du membre. Plusieurs traitements avaient été faits sans succès, lorsque M. Gérard, ayant été consulté, constata successivement le déroulement de tous les symptômes d'une syphilis tertiaire : taches cuivrées sur la peau, tumeurs sur divers points des surfaces osseuses, tumeurs gommeuses sur diverses jointures, douleurs ostéocopes, pustules plates et végétations au pourtour des parties sexuelles, etc. L'iodure de potassium ayant été immédiatement administré, les douleurs disparurent complétement en quinze jours. Le traitement dut être continué plus longtemps, pour venir à bout des autres symptômes.

Nous ne ferons que mentionner seulement le troisième fait rapporté par M. Gérard, et qui a trait à un ancien militaire atteint depuis dix ans de douleurs rhumatismales (ou du moins présumées telles) de tout le côté droit, accompagnées de douleurs précordiales portées parfois jusqu'à la lypothimie. Les commémoratifs et les symptômes concomitants actuels ayant mis hors de doute l'existence d'une syphilis constitutionnelle, le malade fut mis à l'usage de l'iodure de potassium (précédé ici d'un traitement mercuriel, pour des raisons inutiles à rappeler). Après deux mois de traitement, les douleurs rhumatismales et tous les symptômes syphilitiques avaient disparu.

Enfin on ne lira pas sans intérêt, à côté de ces faits, la relation suivante de M. le docteur Izarié, qui vient à l'appui du second point que nous avons voulu établir dans cet article.

Un homme de cinquante-six à cinquante-sept ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, à quelques atteintes de sciatique près, qu'il a eues depuis quelques années, fut repris tout à coup de ces mêmes douleurs avec une extrême violence. Les évacuations sanguines, les vésicatoires volants et la morphine ne produisirent aucun soulagement. Un officier de santé, qui donnait des soins à ce malade, lui prescrivit 8 grammes d'iodure de potassium dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre en deux fois, dans les vingt-quatre heures. Le soir même, il y eut un amendement. Le lendemain, même prescription, qui amena la cessation complète de toute douleur.

Un M. V..., âgé d'une trentaine d'années, qui, vers la même époque, fut pris d'une attaque de sciatique, avec des douleurs horribles, ayant eu connaissance de cette guérison, se débarrassa de ses douleurs en quarante-huit heures avec la même dose d'iodure.

Enfin M. Izarié, qui rapporte ces deux faits, ayant été lui-même atteint de douleurs vives de sciatique, qui le privèrent de sommeil pendant dix jours, prit, à l'exemple de ces deux malades, 8 grammes d'iodure dans la journée, et, le soir, il n'avait plus que le souvenir de sa douleur, qu'il n'a point vu reparaître depuis. (*Union médicale*, mai 1852.)

MENINGITE SYPHILITIQUE (*Cas de*) *traités avec succès par les mercuriaux*. Rien de plus difficile à distinguer, à reconnaître, rien de plus difficile à rapporter à leur véritable cause, que les accidents de syphilis constitutionnelle qui ont une origine cérébrale. Rien de plus varié, d'ailleurs, que la forme sous laquelle ces accidents se présentent : épilepsie, hémiplégie, paraplégie, etc. ; d'autre fois, mais plus rarement, ce sont des troubles des sens, de l'intelligence, ainsi que M. Th. Read vient d'en faire connaître quelques cas intéressants. Tout ce qu'on peut dire, c'est que si les désordres cérébraux se traduisent par des phénomènes un peu différents par leur aspect de ceux que l'on observe dans les maladies cérébrales ordinaires, si l'apparence cachectique des malades peut en faire soupçonner la nature, et si, dans quelques cas, os trouve, pour appuyer son diagnostic certaines altérations sur divers point

du corps, qui sont susceptibles d'éclairer sur la véritable cause des accidents; dans l'immense majorité des cas, une exacte investigation de l'histoire antérieure du malade est indispensable pour résoudre entièrement la question. C'est ainsi que, chez le premier malade de M. Read, âgé de trente-deux ans, il existait une paraplégie avec hémiplégie, de la difficulté de la parole, de l'hébétude des facultés intellectuelles, perte de la mémoire, et une amaurose qui allait continuellement faisant des progrès. Dans le second cas, c'était une hémiplégie du côté droit, survenue chez un homme de vingt-six ans, pendant qu'il voyageait la nuit dans une diligence; son intelligence était troublée, et il était incapable d'apprécier son état et de se soigner en conséquence. Dans le troisième cas, chez un homme de quarante ans, la maladie débuta par une névralgie crânienne intermittente, suivie d'une attaque d'épilepsie, et plus tard de désordres intellectuels et de paralysie des sphincter de la vessie et du rectum. Il y avait peut-être bien dans la marche des accidents quelque chose de nature à faire soupçonner leur origine syphilitique; mais ce qui leva les doutes, ce qui acheva d'éclairer le diagnostic, c'est que le premier malade avait eu, cinq ans auparavant, un bubon à l'anus et, plusieurs mois après, des ulcères rongeants aux lèvres, à la face et à la tête, points sur lesquels on remarquait de larges cicatrices; le second avait eu, une année auparavant, une profonde ulcération syphilitique de la gorge et, plusieurs mois après, un iritis syphilitique double; le troisième, une éruption papuleuse, qui avait été considérée comme syphilitique par le chirurgien, et traitée, comme telle, par la salsepareille et l'iodure de potassium.

Mais le point vraiment intéressant sous le rapport thérapeutique, c'est celui qui a trait à l'emploi du mercure contre des accidents rangés par M. Ricord parmi les accidents tertiaires, et, comme tels, combattus par lui avec l'iodure de potassium; les mercuriaux n'ayant, d'après ce savant médecin, aucune action sur les accidents de cette dernière phase de la syphilis. Or, que voit-on dans le premier cas? tous ces accidents que M. Read rattachait à la compression du cerveau par le développement des tumeurs syphilitiques de la dure-mère, se dissipant comme par enchantement sous l'influence de larges frictions mercurielles faites sur le cuir chevelu, préalablement rasé. De même, dans le second cas, le malade, qui avait pris avec quelque apparence de succès, pendant cinq semaines, l'iodure de potassium, guérit de ses accidents cérébraux avec le mercure; en cinq jours environ l'action du médicament est établie; la maladie disparaît rapidement, et les fonctions intellectuelles et corporelles se rétablissent d'une manière parfaite. Enfin, dans le troisième cas, dans lequel les souffrances avaient été plutôt augmentées que soulagées par l'iodure de potassium, des frictions mercurielles faites à la partie interne des cuisses, et portées jusqu'à salivation, triomphèrent rapidement des accidents cérébraux. Ajoutons que, dans ces deux derniers cas, M. Read a fait suivre les mercuriaux de l'iodure de potassium pour achever la cure et faire disparaître quelques autres manifestations syphilitiques. Mais ce qu'il faut bien reconnaître, avec lui, c'est que l'emploi du mercure, dans cette dernière phase de la syphilis, ne présente pas les conséquences formidables qui avertissent d'en cesser l'usage. « Sans doute, dit M. Read, ce médicament ne fut jamais donné beaucoup au delà de la quantité nécessaire pour faire disparaître les symptômes, et chaque fois qu'on le mit en usage, ce fut dans des cas d'extrême péril, de nécessité absolue, et alors que tous les autres moyens étaient restés sans effet. Mais l'apparente faiblesse des malades ne me détourna pas de son emploi lorsque j'avais discerné la nature de la maladie, ayant soin toutefois de l'administrer avec méthode et dans une mesure appropriée à chaque cas particulier. »

M. Read signale en outre un curieux contraste dans l'action du mercure sur la constitution des malades, suivant qu'ils sont atteints de syphilis primitive ou consécutive. « Lorsque le mercure a été donné pour un chancre primitif à un malade d'une santé et d'une vigueur exceptionnelles, il n'est pas douteux que son action ne soit toujours marquée par une réduction et une dépression physique : perte d'embonpoint et de poids, diminution de l'élasticité et de la force des muscles, pâleur du

visage, peau transparente et disposée à devenir molle au plus léger exercice, intelligence incapable d'un effort soutenu. Tout ceci arrive, bien que le régime soit suffisamment abondant et nourrissant, et que l'on permette l'exercice au grand air; mais tous ces signes s'aggravent bien plus si le malade garde le repos dans la chambre, et vient jusqu'à un certain degré de dépression intellectuelle, quelquefois aussi de véritable prostration physique et morale. C'est que le mercure, dans tous ces cas, agit comme un poison à un degré plus ou moins prononcé... Mais tous ces phénomènes sont intervertis lorsque le corps a supporté longtemps les atteintes du virus syphilitique, et que les forces de l'organisme ont été prostrées. Plus le degré de la maladie est avancé, plus le mercure montre des propriétés toniques surprenantes, et une action aussi prompte et décisive que réparatrice, *s'il est employé à propos, judicieusement, et dans des conjonctures favorables*. Toutes les fonctions vitales sont rapidement relevées par un vigoureux effort; un sommeil rafraîchissant vient visiter le malade tourmenté par les douleurs et épuisé par les nuits sans sommeil; l'appétit et les digestions renaissent; le sang se régénère rapidement; les muscles recouvrent leur force; les yeux reprennent leur brillant et leur expression; le cœur se remplit d'espérance; l'embonpoint et le poids augmentent, bien qu'on n'ait pas administré d'autre médicament que le mercure. »

Nous tenions à faire connaître à nos lecteurs les idées de M. Read et les résultats dont il dit avoir été témoin dans la forme consécutive de la syphilis, et en particulier dans le cas d'accidents tertiaires. Cela n'ébranle en rien, nous le disons hautement, la confiance que nous avons en l'efficacité de l'iodure de potassium ; mais ce que l'on peut se demander, c'est s'il n'y aurait pas lieu de s'affranchir, dans certains cas, de cette règle un peu absolue qui a à peu près rayé aujourd'hui les mercuriaux du traitement des accidents tertiaires de la syphilis. Tout n'est pas dit certainement sur l'histoire de la syphilis et sur le traitement qui lui convient. Malgré les recherches dont cette maladie a été l'objet dans ces dernières années, il reste encore beaucoup à faire, et avant de se priver d'un moyen aussi efficace que les mercuriaux, il faudrait peut-être que le jugement porté contre eux fût soumis à révision, en ayant soin, comme le dit M. Read, de les employer avec prudence. Nous ajouterons que ce qui peut rendre compte des insuccès relatifs qu'a eus l'iodure de potassium entre les mains du médecin irlandais, c'est qu'en Angleterre et en Irlande, ainsi que cela nous a été dit par M. Acton et par tous ceux qui s'occupent d'une manière particulière du traitement de la syphilis, ce précieux agent n'est pas, à beaucoup près, aussi bien supporté et aussi efficace que parmi nous; de sorte que les médecins anglais sont souvent désappointés, lorsqu'après avoir vu employer ce médicament en France, ils cherchent à en obtenir les mêmes effets dans leur pays; de sorte enfin que nous ne sommes nullement étonné de voir M. Read dire qu'il ne peut partager la confiance enthousiaste de M. Ricord en la puissance certaine de ce médicament sur la syphilis tertiaire. C'est que c'est là une vérité relative, une de celles dont l'illustre Pascal a dit avec raison : *Vérité en deçà des Pyrénées, mensonge au delà*.—(*Dublin quat. journal of med.*, février.)

SÉCRÉTION LAITEUSE (*Nouveaux faits à l'appui de la possibilité du retour de la*), *après un sevrage prolongé*. Il est des propositions en faveur desquelles on ne saurait rassembler trop de faits, parce que l'opinion générale est contre elles : ainsi, malgré les faits que nous avons reproduits dans ces derniers temps, nous sommes bien persuadé que, même parmi les médecins, il reste bien des doutes relativement à la possibilité de reproduire la sécrétion laiteuse après plusieurs mois de sevrage. Comme l'allaitement maternel est le plus souvent pour l'enfant une chose des plus avantageuses, et comme il se présente trop souvent des cas dans lesquels le médecin est obligé de le suspendre, nous croyons utile de multiplier les faits qui permettent d'établir comme une chose à peu près certaine le retour du lait dans des seins où la sécrétion a été tarie pendant plusieurs mois. Un médecin américain, M. Baillou, n'hésite pas à poser en principe que le médecin ne doit pas se préoccuper le moins du monde de la sécrétion lac-

tée, parce que cette sécrétion est en quelque sorte à sa disposition. Il suffit d'approcher l'enfant du sein plusieurs fois par jour pour que la sécrétion se rétablisse en quelques jours; de sorte que, non-seulement on peut interrompre l'allaitement dans des cas graves, et principalement lorsqu'une maladie vient tarir la sécrétion lactée, mais encore il n'y a pas d'inconvénient à suivre cette pratique dans des cas moins graves et moins impérieux, par exemple lorsque la femme est affaiblie par une maladie ou par la grossesse, ou même l'allaitement seulement, sauf à reprendre l'allaitement lorsque l'organisme est revenu à sa vigueur habituelle. M. Baillon cite trois faits intéressants à l'appui de son assertion: le premier relatif à une dame de trente à quarante ans, forcée de renoncer à l'allaitement par une phlegmatia alba dolens double, très-peu de jours après l'accouchement, et qui, désirant amener son enfant avec elle trois ou quatre mois après, reprit son enfant, sur le conseil de ce médecin de l'approcher du sein plusieurs fois par jour. Quinze jours après la sécrétion du lait était rétablie; elle a encore continué à nourrir son enfant pendant plus d'une année. Dans le second fait, l'enfant s'était sevré lui-même, à l'âge de cinq mois, à la suite d'une stomatite. Atteint à huit mois du choléra des enfants, M. Baillon fit remarquer à cette dame que cette circonstance de sevrage prématuré était de nature à rendre la maladie beaucoup plus grave. En conséquence, l'enfant fut approché du sein plusieurs fois par jour; il le prit sans difficulté et parut s'apaiser. Néanmoins, la sécrétion ne fut pleinement rétablie que huit ou dix jours après; la mère a nourri cet enfant encore pendant plusieurs mois, comme s'il n'y eût pas eu d'interruption dans la sécrétion lactée. Enfin dans le troisième cas, où l'allaitement fut suspendu à cause d'une maladie grave, ce fut seulement deux ou trois mois après le sevrage, lorsque le rétablissement fut complet, mais le lait ayant tari depuis longtemps, que l'enfant fut approché du sein plusieurs fois par jour comme dans les cas précédents, et en deux semaines cette dame avait recouvré la puissance de l'allaitement, comme si la sécrétion n'eût jamais été suspendue. (*American Journ. of med.*, 1852.)

SEL AMMONIAC (*De l'usage du*) *dans quelques maladies des voies urinaires*. Parmi les nombreuses applications thérapeutiques dont le sel ammoniac a été l'objet, il en est une à peu près inconnue en France; c'est celle qu'un médecin allemand, le docteur Fischer, de Dresde, a faite du chlorure ammonique à haute dose contre les tuméfactions chroniques de la prostate. Depuis l'époque où Fischer a publié ses premiers succès, en 1821, d'autres médecins, Huntzman, Cramer, Caspari, Wernuk, Schmutziger, Recbnitz, et M. Fischer lui-même, ont publié des faits qui étaient bien de nature à fixer l'attention des praticiens. Néanmoins, le traitement des tumeurs prostatiques est resté presque exclusivement chirurgical. Nous sommes loin certainement de méconnaître les services que l'on peut attendre des moyens chirurgicaux : néanmoins il est des circonstances exceptionnelles où les moyens mécaniques ne peuvent pas être appliqués avec la persévérance nécessaire, ou n'atteignent pas le but qu'on se propose. Il n'est donc pas sans utilité d'avoir à sa disposition un traitement interne qui, sans être spécifique, a fourni d'assez beaux succès pour permettre de conserver de l'espoir dans les cas les plus graves. D'ailleurs, l'usage interne du chlorhydrate d'ammoniaque n'exclut nullement le traitement chirurgical indiqué; dans maintes circonstances, il peut lui servir d'auxiliaire, empêcher le retour si fréquent du mal, ou en abréger la durée. A ce titre, nous donnons place ici aux deux observations rapportées par M. Vanoye.

La première de ces observations est celle d'un cultivateur âgé de cinquante-huit ans, adonné aux boissons alcooliques et aux excès vénériens, qui, après avoir été affecté de blennorrhagie à plusieurs reprises, commença à éprouver de la difficulté à uriner vers l'automne de 1847. Soumis à un traitement antiphlogistique, il avait été tellement soulagé, qu'il avait repris ses anciens excès. Bientôt nouveaux accidents. Cette fois le mal parut beaucoup plus grave, et nécessita l'introduction souvent répétée de la sonde. Une notable amélioration survint encore, et se maintint jusque vers le mois de

mars 1848, époque à laquelle se déclara une strangurie prononcée. Ayant constaté l'intégrité du canal de l'urètre, et un gonflement considérable de la prostate, portant principalement sur la partie gauche qui était dure, inégale, M. Vanoye en revint aux antiphlogistiques. Mieux sensible, mais la cause de l'affection n'étant pas enlevée, les symptômes ne tardèrent pas à revenir à leur premier degré d'intensité. Il fallut donc songer à un traitement plus efficace. Tour à tour il recourut aux moyens les plus puissants conseillés dans les cas semblables, et n'en obtint tout au plus qu'une diminution assez notable, mais peu rassurante des symptômes, vu que l'engorgement prostatique n'en persistait pas moins. Dans ces circonstances, M. Vanoye prescrivit le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 4 grammes par jour dans un véhicule mucilagineux, associé à de l'extrait de chiendent. Le médicament fut si bien supporté que la dose fut élevée en huit jours à 8 grammes, et, huit autres jours après, à 12 grammes. Bien que l'émission des urines fût moins pénible, l'hypertrophie prostatique persistait; or, sachant que pour obtenir de ce traitement un résultat favorable, il faut souvent le continuer pendant longtemps, et administrer le médicament à dose croissante, M. Vanoye le porta à 15 grammes; mais le malade ne le supporta point : il y eut de la diarrhée, de l'anorexie, et de plus quelques signes scorbutiques, qui dénotaient une profonde modification du sang. Entre temps, le volume de la prostate avait diminué d'une manière sensible, et malgré un abattement général, le malade se sentait considérablement mieux. Suspension du traitement pendant douze jours, pendant lesquels l'amélioration se prononça de plus en plus; puis le médicament fut repris, mais seulement à la dose de 8 grammes par jour. Au bout d'un mois, l'engorgement glandulaire, sans être complétement dissipé, se trouvait réduit au point que le malade se croyait guéri : la miction était devenue plus facile qu'elle ne l'avait été depuis bien des années, et la prostate ne présentait plus qu'un développement relativement insignifiant, ne pouvant pas gêner fortement les fonctions de la vessie. Cet homme continue à se porter d'une manière satisfaisante; seulement, quand il se laisse aller à un excès de boisson, il éprouve pendant quelques jours un peu de dysurie; mais ces légers accidents n'ont pas réclamé un traitement énergique.

Dans le second cas, chez un vieillard de soixante-quatre ans, d'une forte constitution, atteint depuis plus de deux années d'un catarrhe vésical chronique, la sonde pénétrait librement dans la vessie; mais l'émission de l'urine dans le bassin se faisait sentir d'une manière presque incessante, était pénible, douloureuse, surtout le soir et la nuit. L'urine, rendue en très-petite quantité, était trouble, muqueuse, épaisse, et laissait déposer un sédiment mucoso-purulent. Vessie d'une capacité normale; mais prostate légèrement tuméfiée. Après des injections dans la vessie, d'abord de liquides émollients, additionnés de belladone, puis d'eau de goudron, en trois semaines il y eut une amélioration si marquée sous tous les rapports, que le malade se crut permis de ne plus suivre le traitement d'une manière exacte et qu'il le cessa bientôt tout à fait. Deux mois et demi après, il revenait, présentant encore les signes d'un catarrhe vésical chronique, avec rétention incomplète d'urine et, de plus, un engorgement prononcé de la prostate. Comme les injections n'étaient pas suivies d'un soulagement aussi prompt et aussi marqué que la première fois, elles furent remplacées par des pilules de térébenthine, puis par l'uva ursi, etc., etc. Bref, en désespoir de cause, M. Vanoye lui prescrivit une potion composée d'eau de pluie, 250 grammes; chlorhydrate d'ammoniaque et extrait de taraxacum, de chaque 15 grammes, une cuillerée toutes les heures. Après huit jours, et bien qu'il y eût déjà une légère amélioration, la dose du sel fut portée à 24 grammes, et quelque temps après à 32, de manière à en faire prendre 8 grammes par jour. Amélioration progressive; cependant il survint, six semaines après le début du traitement, une maladie qui força à suspendre la médication. Le besoin d'uriner ne se faisait presque plus sentir, la miction même se faisait d'une manière satisfaisante, et la prostate était à peine tuméfiée. Le traitement fut repris et continué pendant deux mois à peu près. A part une certaine

fréquence dans l'émission de l'urine, celle-ci se fait aussi facilement qu'avant la maladie.

On voit que pour obtenir du chlorhydrate d'ammoniaque les effets désirés, il est nécessaire de l'administrer à haute dose et pendant un temps assez long. On peut commencer par 1 gram. 25 de deux en deux heures, et aller jusqu'à 2 et même 4 grammes, également toutes les deux heures, de manière que le malade en prenne une demi-once (15 grammes), ou au delà par jour. Lorsque la dose est trop forte, des troubles digestifs, vomituritions, vomissements, diarrhée, ne tardent pas à avertir le médecin. A part la réaction de l'appareil digestif, il se manifeste quelquefois d'autres signes qui annoncent la saturation de l'organisme et la nécessité de renoncer momentanément au médicament, tels qu'une éruption miliaire, des sueurs profuses caractéristiques, et surtout des symptômes analogues à ceux du scorbut, tels que taches sanguines, hémorrhagies, aphthes, etc. On peut mitiger jusqu'à un certain point ces effets du sel ammoniac, à l'aide de certaines précautions qu'il est prudent de ne pas négliger. Ainsi, lorsqu'on croit avoir à craindre son action trop incisive sur la muqueuse gastrique, on peut administrer le remède dans un véhicule mucilagineux, ou lui associer un extrait amer ou des aromatiques ; et pour atténuer ses effets généraux, trop prononcés sur l'organisme, l'expérience a prouvé que rien n'est plus favorable qu'un régime fortifiant composé de bouillon, de vin, de viandes rôties, de bière houblonnée, etc. Il ne devra être administré qu'avec réserve chez des personnes sujettes à des hémorrhagies passives, offrant une très-grande faiblesse de constitution, ou des maladies asthéniques prenant leur source dans un grand appauvrissement du sang. (*Annales méd. de la Flandre occidentale*, avril 1852.)

VARIÉTÉS.

DE L'AUTORITÉ EN MÉDECINE.

Discours d'ouverture du cours de clinique à la Faculté de Strasbourg.

Par M. le professeur FORGET.

(Suite et fin) (1).

L'induction doit être bannie! dites-vous encore, comme s'il était possible d'utiliser les faits passés, d'en faire l'application aux cas présents, sans faire de l'induction; comme si les faits sans induction, c'est-à-dire sans généralisation, n'étaient pas frappés de stérilité radicale ! S'il vous est interdit d'induire d'un fait à un autre, de quel droit, de quel front parlez-vous de votre expérience et pratiquez-vous l'art de guérir?

Le rationalisme est une chimère et l'empirisme est le beau idéal de l'art ! Comme si le raisonnement n'avait pas toujours la prétention de s'appuyer sur l'observation, comme si les empiriques eux-mêmes, honteux de leur infimité, ne s'efforçaient tous d'ennoblir leurs procédés en les rationalisant, et de s'enrôler sous la bannière de l'*empirisme rationnel*, quelque étonnés que soient ces deux mots de se trouver ensemble. Cette distinction de l'empirisme et du rationalisme nous paraît donc, elle aussi, un objet de dispute oiseuse, par la raison que tous les rationalistes prétendent narguer que des faits, et que tous les empiriques aspirent à rationaliser l'expérimentation. Il y a chez les uns et chez les autres plus ou moins d'observation et d'induction, d'empirisme et de rationalisme tout à la fois, de sorte que l'un implique presque nécessairement l'autre. Ainsi, toute première

(1) Voir la livraison du 30 avril.

notion de l'action d'un médicament, par exemple, est certainement le produit d'une donnée empirique; mais cette donnée une fois acquise, toute application ultérieure est nécessairement le produit du rationalisme ou de l'induction. Cela est surtout vrai de la polypharmacie; c'est parce qu'on a en vue de modifier tel élément supposé d'une maladie qu'on lui applique tel modificateur probable; c'est parce qu'on prétend modifier plusieurs éléments qu'on associe plusieurs agents médicinaux. Eh bien! tout cela est le produit de l'induction, quoi qu'on en dise; et cela est si vrai, que très-souvent nos prévisions se trouvent déçues, ce qui n'arriverait pas si nous opérions sur des éléments positifs, ainsi que prétend le faire l'empirisme.

On voit donc qu'il existe en médecine autre chose que des faits, des produits d'observation brute, qu'il ne s'agit que d'appliquer en quelque sorte mécaniquement, aveuglément aux cas analogues. Ce mot analogues est lui-même un indice de la fausseté de l'axiome que nous combattons, car ce qui n'est qu'analogue n'est pas semblable, et l'analogie, pour être déduite, exige déjà un effort d'esprit qui exclut l'empirisme pur. Mais, dit-on, quels sont donc les principes rationnels qui vous dirigent? A cela nous répondrons que ces principes diffèrent selon la tournure d'esprit, le genre d'éducation, les lumières, les préjugés, les conceptions individuelles des observateurs, mais qu'ils n'en existent pas moins pour nous tous tant que nous sommes. J'ai cité plus haut l'application de la physiologie à la médecine comme principe fécond et indéclinable qui pourtant a été contesté; j'en rapporterais plusieurs autres si le parti pris d'argumenter sur tout, si la licence effrénée de négation ne s'étendait même aux principes qui pour tous les esprits droits, sincères et non passionnés, sont des axiomes de sens commun; bref, la réalité, la nécessité de principes régulateurs de la pratique est sentie de tous les hommes sensés, mais ces principes varient naturellement selon les écoles auxquelles ils appartiennent, c'est-à-dire selon les autorités qu'ils ont acceptées.

Nous venons de voir que l'autorité porte sur les faits et sur les principes, lesquels se supposent réciproquement et se prêtent mutuellement assistance. Mais ces faits et ces principes émanent presque toujours de quelque génie ancien ou moderne, de quelque observateur ou penseur faisant, comme on dit, autorité dans la science; aussi désignons-nous cette suprématie sous le nom d'autorité personnelle.

Les faits et les doctrines sont des puissances agissant par elles-mêmes; il suffit le plus souvent de les connaître pour les juger. Mais par cela même que les faits sont sujets à interprétation et que les principes sont contestables, il arrive souvent que leur valeur relative est appréciée selon la valeur propre des hommes de qui sont émanés ces faits et ces principes. « Tant vaut l'homme, tant vaut l'observation », est un axiome dont la vérité ne peut être niée que par la passion la plus aveugle. Et la première question à poser sera toujours celle de Bordeu : De quel droit avez-vous observé? On a dit : « en médecine il n'y a point de principes culminants, il n'y a que des faits empiriques; *donc* l'autorité est nulle. » La conclusion nous paraît essentiellement erronée. Supposant, en effet, qu'il n'existe pas de principes, que le vitalisme aussi bien que l'organicisme, l'humorisme aussi bien que le solidisme soient de pures abstractions; supposant en un mot qu'il n'existe que des faits, est-ce à dire qu'à l'égard de ces faits mêmes l'autorité ne doive exercer son empire? Nous avons vu combien

les faits sont sujets à caution. Eh bien ! comment choisir et se déterminer au milieu de tant de causes de déception? Un seul homme ne peut passer tous ces faits au creuset de sa propre expérience; non-seulement le temps, l'occasion, la possibilité matérielle manqueront le plus souvent, mais encore la capacité pourra faire défaut. D'habiles micrographes, de savants chimistes peuvent seuls contrôler les faits produits par le microscope et la chimie. Ce n'est guère que dans les grands hôpitaux qu'il est possible de vérifier sur une échelle suffisante les faits d'anatomie pathologique, de diagnostic et même de thérapeutique. Force nous est donc d'accepter de confiance les faits que nous donne la tradition. Le sens commun ne suffit pas toujours pour les juger, d'abord parce que la vraisemblance peut mentir et ment trop souvent, ensuite parce que le vrai lui-même peut quelquefois n'être pas vraisemblable. Eh bien! encore une fois, à qui croirons-nous? Est-ce à l'observateur sans nom, sans antécédents, sans garantie d'aucune espèce, comme la plupart de ceux dont la presse nous traduit journellement les élucubrations, ou bien n'est-ce pas plutôt à celui de qui la science, la raison, la probité nous sont depuis longtemps connues et prouvées par des œuvres de mérite? La réponse n'est pas douteuse. Mais on insiste et l'on fait observer que les grands hommes se sont trompés et se trompent souvent. D'accord ; mais les ignorants et les imbéciles ne se trompent-ils pas plus souvent encore? Contrôlez les faits des grands hommes, je le veux; mais contrôlez aussi, je vous prie, les faits de l'homme obscur ; et jusqu'à ce qu'une expérimentation suffisante ait prononcé, permettez-moi d'accorder, provisoirement, ma confiance à l'homme en possession d'une juste renommée.

Faire intervenir dans une discussion toute scientifique et philosophique des faits empruntés à l'histoire théologique, c'est confondre des éléments hétérogènes. La vieille scolastique elle-même avait adopté comme axiome : *non est philosophi recurrere ad Deum.* On a dit que, dans notre système, l'inquisition eût dû avoir raison contre Galilée ! nous l'admettons à la rigueur, tant que Galilée n'eut pas administré les preuves de sa théorie ; mais le fait de la rotation du globe une fois acquis à la science, il n'y avait plus qu'à l'accepter quand même. C'est ce qui arrive journellement dans les sciences, où un fait nouveau en détruit un autre. Ce n'est pas là renverser l'autorité, c'est suivre la loi du progrès. Nous sommes donc loin de proscrire le libre examen ; mais avant de rompre en visière à l'autorité légitime, nous voulons que la démonstration du droit soit complète, et nous n'admettons pas que le premier venu, fût-il muni d'un diplôme, soit admis à nier brutalement les faits et les opinions des hommes qui sont en possession de l'estime et de la confiance du monde savant ; et lorsque de pareils conflits viennent à surgir, nous voulons que la presse, dont la justice est le plus sacré des devoirs, se donne la peine d'examiner les titres et de pondérer les droits, en attendant les preuves.

Voilà, ce me semble, des principes déduits de la raison universelle et qui prouvent péremptoirement que l'autorité existe de fait et de droit, et que sa négation est un non-sens, lorsqu'elle n'est pas une arme de guerre aux mains de l'anarchie scientifique.

Si nous cherchons à décomposer au moyen de l'analyse cette puissance désignée sous le nom d'autorité, nous pourrons y distinguer plusieurs éléments dont chacun peut exercer une influence isolée ou partielle, selon

les circonstances. Le premier élément qui se présente est l'antiquité.

De tous les éléments de l'autorité, l'antiquité est, peut-être, le moins respectable, si l'on songe à cette foule d'erreurs et d'absurdités que la tradition a consacrées, et à l'insuffisance des lumières dévolues aux anciens. Mais il ne faut pas oublier que les anciens doivent être jugés au point de vue de l'état des sciences à leur époque; puis, quand une idée a traversé les siècles en conservant quelque empire, elle est par cela même présumée digne de quelque considération, sauf sérieux examen. Proscrire et ridiculiser les anciens sans discussion, est donc une injustice, et souvent même une sorte de sacrilége.

Un autre élément de l'autorité qui se rapproche beaucoup du précédent, c'est l'expérience individuelle, ordinairement proportionnée à l'âge de l'observateur. De même que l'antiquité, la vieillesse est respectable *à priori*, bien que, selon l'expression de Zimmermann, soixante ans de stupidité ne puissent faire un homme respectable. Il est déplorable de voir de jeunes écrivains s'égayer aux dépens d'hommes graves qui ont blanchi sous le harnais, et dont le tort consiste le plus souvent à se montrer sceptiques ou rebelles aux mille excentricités plus ou moins éphémères qui chaque jour se produisent sous le nom fallacieux de progrès.

L'antiquité, la vieillesse, en tant qu'éléments d'autorité, sont subordonnées à d'autres éléments, et ne sont même respectables qu'autant qu'elles supposent ces éléments, je veux parler de la science, de la raison, du génie.

Le génie est cette puissance privilégiée qui donne l'intuition du vrai et du beau dans les choses qui sont du domaine de l'esprit humain. Les hommes de génie, ceux auxquels il fut donné d'impressionner vivement leurs contemporains, sont rarement des hommes complets, la perfection étant refusée à notre espèce. Mais par cela seul qu'ils ont exercé un grand empire, on doit croire que ces hommes étaient en possession d'une partie de la vérité; à ce titre, ils ont droit à tous nos respects, et la mission qui incombe à la critique est uniquement de dégager la vérité de l'erreur dans les œuvres des grands hommes. Vouer leur mémoire au mépris et à l'insulte, comme le font aujourd'hui d'infimes écrivains à l'endroit de l'illustre Broussais, c'est commettre une lâche iniquité, une ignoble profanation.

Si le génie est rare, la science, grâce à Dieu, est assez répandue dans notre laborieuse profession. J'entends par science le produit d'une expérience et d'un travail d'esprit réfléchis, éclairés par un sens droit; et formulé dans des œuvres sérieuses favorablement accueillies par les juges compétents. Eh bien! on ne respecte pas plus aujourd'hui les savants que les hommes de génie, les vieillards et les anciens. Il est d'usage parmi les critiques de prendre une œuvre estimable, de la dépecer méchamment, de la pressurer, de la torturer avec mauvaise foi pour en extraire des erreurs, des sophismes, des contradictions, voire même de grossières inepties, oubliant qu'il est des hommes au-dessus du soupçon d'absurdité, et que c'est se ravaler soi-même que de refuser le sens commun à ses adversaires; car à quoi sert de morigéner un idiot, si ce n'est à encourir le blâme des honnêtes gens?

Un autre élément d'autorité qui soulève généralement beaucoup d'animosité, c'est l'élévation dans la hiérarchie, ce sont les titres et les honneurs. Certes, les dignités professionnelles ne sont pas toujours la juste récompense du mérite et du talent; néanmoins, les faveurs usurpées sont l'ex-

ception, il faut en convenir, et il est bon nombre de positions qui impliquent presque nécessairement une valeur réelle: telles sont celles qui résultent d'une appréciation scientifique, d'une élection motivée par un ury compétent, et surtout d'un concours public. Un membre de l'Institut ou même de l'Académie de médecine, élu par ses pairs, est presque toujours un savant recommandable; un professeur de faculté, issu du concours, est nécessairement doué d'une certaine capacité. On n'arrive ordinairement à ces positions que par des travaux consistants et nombreux, après des luttes prolongées et réitérées, à un âge qui commande déjà le respect. Eh bien! tant de pénibles labeurs, de poignantes émotions, de veilles accumulées ne trouvent pas grâce devant la troupe légère des dispensateurs de la renommée; on les voit fustiger d'un air aussi délibéré une corporation tout entière qu'un simple académicien ou professeur pris en flagrant délit de peccadille. Mais ce que le public ignore, c'est que ces graves aristarques sont souvent des compétiteurs malheureux ou de médiocres élèves émancipés qui prennent leur revanche en persiflant et vilipendant ceux qu'ils ne peuvent égaler. La critique est un impôt que tout homme haut placé doit payer à la gloire ou à la fortune; c'est le revers de la médaille, c'est la loi des compensations. Il faut le dire, pourtant, la critique ne s'adresse guère qu'à ceux dont elle n'a rien à craindre ou à espérer.

Il résulte de cette analyse de l'autorité une nouvelle preuve de la nécessité où nous nous trouvons moralement de la reconnaître. Si l'égalité, quoi qu'on en dise, n'existe pas dans la nature, elle existe bien moins encore dans les sciences. Cette prétendue république des sciences est bien la plus aristocratique des associations, car chacun s'y trouve inflexiblement classé selon ses mérites, comme les poëtes français sur le Parnasse en bronze de Titon Du Tillet. C'est donc faire acte de folie que de méconnaître cette loi primordiale de l'humanité : la suprématie relative du talent, c'est-à-dire l'autorité.

Au demeurant, que peut-il résulter de cette négation de l'autorité dans les sciences et en médecine en particulier? Déprécier les maîtres, c'est dégrader la doctrine; c'est implanter le scepticisme et le découragement au cœur du néophyte; c'est le détacher des études; c'est attenter à l'éclat et aux droits de la profession tout entière; c'est, comme on dit, abaisser le niveau de la science et de l'art.

Ce n'est pas tout : le résultat le plus déplorable de cette dislocation universelle, c'est de mettre en question le sort de l'humanité; c'est de poser la vie de l'homme comme enjeu d'une funeste loterie, en la livrant ainsi au caprice du premier venu.

« Quidquid delirant reges plectuntur Achivi. »

On appelle cela de l'émancipation intellectuelle, de la liberté scientifique; nous l'appelons, nous, de la démence et de la barbarie.

La Faculté de médecine de Paris fait en ce moment deux pertes bien regrettables : M. le professeur Chomel s'est déclaré démissionnaire de la chaire de clinique médicale, par refus de serment; M. le professeur Dumas, mis en demeure d'opter entre la Faculté des sciences et la Faculté de

médecine, abandonne sa chaire de chimie organique dans cette dernière Faculté. On a beaucoup parlé, dans ces derniers jours, de mutations au sein de la Faculté, et des nominations futures; mais nous croyons pouvoir affirmer qu'aucune décision n'a encore été prise à ce sujet par le ministre compétent.

Le projet de démolition de l'Hôtel-Dieu semble prendre de jour en jour plus de consistance, depuis la démolition des maisons qui bordaient le Petit-Pont et la reconstruction de ce pont, qui se poursuivent en ce moment. On démolirait la partie de l'Hôtel-Dieu placée sur le parvis Notre-Dame, et qui forme la partie sud de la place du Parvis. Le bâtiment Saint-Charles une fois mis à bas, le quai du Marché-Neuf serait raccordé avec les terrains laissés vacants par cette démolition; une voie large, parfaitement de niveau, serait établie à partir du pont Saint-Michel, et se relierait avec le terre-plein ombragé d'arbres qui entoure Notre-Dame; la cathédrale serait isolée, et les abords de ce magnifique monument, dégagés et largement aérés, ajouteraient encore à leur imposante architecture. Tout en applaudissant à ce magnifique projet d'embellissement de Paris, il n'est pas possible de ne pas se préoccuper des moyens de remplacer un établissement dont les malades connaissent le chemin depuis des siècles, et que sa situation au centre d'une population agglomérée, et très-pauvre, rend presque indispensable. Plusieurs projets sont, dit-on, en présence: dans l'un, l'Hôtel-Dieu serait placé en entier sur la rive gauche, et un ensemble de bâtiments serait élevé sur l'espace compris entre les rues du Fouarre, Galande, du Petit-Pont. Dans l'autre, on laisserait subsister seulement le bâtiment qui longe le quai Montebello, et on ferait du grand hôpital du Nord, élevé dans le clos Saint-Lazare, et qui sera prochainement terminé, le nouvel Hôtel-Dieu.

M. le baron Despine, médecin des eaux thermales d'Aix en Savoie, qui lui doivent une partie de leur réputation, vient de mourir dans un âge avancé.

Notre honorable confrère, M. le docteur Jossic, vient d'être nommé professeur de matière médicale, à la suite d'un concours qui a eu lieu à l'hôpital de la marine de Rochefort.

La Société de médecine de Toulouse a mis au concours, pour 1854, la question suivante : « Du diagnostic différentiel et du traitement des ulcérations du col de la matrice. » La Société rappelle qu'elle a proposé pour 1853 la question suivante : « Déterminer par l'observation la valeur thérapeutique des eaux thermales sulfureuses ; préciser leurs indications et leurs divers modes d'administration dans les maladies chroniques. »

Un projet de loi sur les médecins cantonaux doit être prochainement présenté au Corps législatif. Ce projet se rattacherait à un projet général d'organisation de l'assistance publique.

Le ministre de l'intérieur, pour prévenir les cas d'hydrophobie, trop nombreux dans les campagnes, vient d'adresser aux préfets une circulaire dans laquelle il leur recommande de faire une enquête suivie et minutieuse sur tous les cas qui se présentent. Des prix vont encore être créés pour encourager là recherche des moyens propres à combattre cette terrible maladie.

L'hospice des Vieillards de la ville de Bordeaux a été en partie détruit, il y a quelques jours, par un violent incendie. Grâce aux prompts secours arrivés de toutes parts, aucun des pauvres vieillards n'a perdu la vie. On frémit à la pensée des malheurs qui auraient pu arriver si l'incendie eût éclaté au milieu de la nuit, et si les secours ne fussent pas arrivés en temps utile.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU PRINCIPE ACTIF DE LA CIGUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CANCÉREUSES ET DES ENGORGEMENTS RÉFRACTAIRES.

Par M. DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous n'avons cessé, dans ce journal, de nous élever contre cette espèce de fatalisme qui conduit beaucoup de médecins à s'abstenir de tout traitement actif contre certaines affections sur lesquelles pèse le dogme de l'incurabilité, et qu'ils sont par conséquent disposés à regarder comme au-dessus des ressources de l'art présent et à venir. Il n'est que trop vrai que la plupart des jeunes gens qui sortent de nos écoles ont une déplorable facilité à proclamer incurables et à abandonner comme tels des individus qui, mieux traités, pourraient cependant recouvrer la plénitude de toute leur santé. Les ouvrages classiques de médecine facilitent et encouragent malheureusement ces tendances par le sceau de fatalité dont ils marquent certaines espèces nosologiques. Sans doute, si l'on fait attention à tel fait morbide donné, il existe des maladies nécessairement incurables; mais proclamer l'incurabilité l'attribut nécessaire de certaines espèces morbides considérées abstractivement, voilà ce qui ne sera jamais admis par les vrais praticiens, par ceux qui ont vu et bien vu un grand nombre de malades. Combien de fois, dans de pareilles conjonctures, n'a-t-on pas vu des malades ou bien guérir par les seuls efforts de la nature, par des crises inattendues et suivies de guérison, sur laquelle il semblait qu'on ne pouvait plus compter; ou bien trouver leur guérison auprès d'hommes pauvres d'idées scientifiques, mais hardis et entreprenants, auxquels le succès ne fait pas toujours défaut! « Déclarer incurables des maladies, a dit l'illustre chancelier Bacon, cela même est sanctionner par une sorte de loi la négligence et l'incurie. » Il faut sans doute se garder de l'esprit aventureux des innovations, mais il faut aussi ne point se dépouiller de cette hardiesse salutaire fondée sur cette vue, à savoir que la médecine est un art éminemment progressif, et que bien des méthodes de traitement sont encore à trouver. Enfin, une dernière considération nous frappe, c'est que pour être fidèle à sa mission, le médecin se doit à lui-même de combattre, avec toutes les ressources qu'il possède, fussent-elles même incertaines, la maladie en présence de laquelle il se trouve placé. Agir, telle est la nécessité de notre profession : et comment agir si l'on n'a pas l'espérance d'obtenir une amélioration, si l'on n'a pas confiance dans les moyens qu'on emploie?

Telles sont les convictions qui nous ont toujours guidés dans ce journal, et qui nous ont engagés à accueillir avec empressement et reconnaissance toutes les tentatives thérapeutiques qui ont été faites par des médecins instruits et consciencieux, pour élargir le domaine des moyens curateurs dont la science dispose contre certaines maladies réputées incurables, telles que le cancer, la phthisie, l'épilepsie, etc., etc. Aujourd'hui, nous avons à entretenir nos lecteurs de l'application heureuse que vient de faire notre honorable confrère, M. Devay, du principe actif de la ciguë au traitement des maladies cancéreuses et des engorgements réfractaires.

Lorsqu'on lit attentivement et sans prévention les observations des praticiens du siècle dernier, qui ont publié des cas de cancer guéri par l'emploi de la ciguë, on ne saurait contester à cette substance une valeur thérapeutique réelle. Rien n'est plus encourageant que le bilan fourni par Storck, F. Hoffmann, Collin, Cullen, etc. Ce bilan offre un total de 75 observations, sur lesquelles on trouve 47 cas de guérison et 28 cas d'amélioration. Il est très-probable, pour ne pas dire certain, que sur le nombre total de ces faits suivis de guérison ou d'amélioration, il y en avait plus d'un où la maladie n'était point véritablement de nature cancéreuse; mais la lecture de ces observations ne permet point d'admettre qu'il en fût ainsi de tous, et même du plus grand nombre. Il faut donc conclure de ce qui précède qu'un certain nombre de tumeurs squirrheuses ou cancéreuses ont été véritablement guéries par l'emploi de la ciguë, et, dans les cas où le diagnostic a été erroné, que des tumeurs d'une autre nature, mais ayant de l'analogie avec le cancer, ont été également résolues par le même moyen. En ce qui a trait à ces dernières tumeurs ou aux engorgements proprement dits, la question est encore moins douteuse, et depuis Pline et Avicenne, qui vantaient la ciguë contre les tumeurs, principalement des mamelles et des testicules, le nombre est immense des médecins qui sont parvenus, grâce à ce moyen, à résoudre des tumeurs d'une nature grave, et principalement des tumeurs scrofuleuses.

Il est cependant un fait tout aussi incontestable que les précédents, c'est que les expérimentations cliniques nombreuses faites depuis le commencement de ce siècle, à l'aide de la ciguë, n'ont pas donné ce qu'on en attendait, et que ce moyen est presque tombé en désuétude. Les traités modernes de thérapeutique et de matière médicale ne lui accordent pour la plupart qu'une confiance médiocre. M. le professeur Trousseau paraît, à la vérité, revenir de ses préventions contre ce médicament, et il n'hésite pas à déclarer, dans la 4e édition de son Traité de thérapeutique, que la ciguë lui a paru un agent des plus puissants dans

le traitement des engorgements chroniques. Toujours est-il cependant, ainsi que le dit avec raison M. Devay, que la ciguë est un moyen thérapeutique dont la vertu résolutive même est assez contestée. Ainsi qu'on l'a vu dans l'article qui a paru dans ce Journal, relativement aux nouvelles préparations de ciguë dont MM. Devay et Guilliermond proposent l'introduction dans la thérapeutique, cette incertitude de l'action de la ciguë tiendrait, d'après ces deux auteurs, non pas au médicament lui-même, mais à la facilité avec laquelle s'altère le principe actif qui en fait la base, la conicine. Renvoyant, pour plus de détails à cet égard, à l'un de nos derniers numéros, nous avons à exposer aujourd'hui les résultats que M. Devay a obtenus de ces nouvelles préparations dans le traitement des maladies cancéreuses et des engorgements réfractaires, et qu'il a consignés dans le travail dont nous avons examiné la partie pharmacologique.

Avant d'appliquer cette nouvelle médication aux cas graves que la nature, la marche et le siége des symptômes désignaient comme des affections rebelles par excellence, M. Devay, à l'exemple de Hufeland, de Desbois de Rochefort, de Baudelocque, l'a essayée dans des cas graves à la vérité, mais non entièrement réfractaires aux ressources de l'art, contre les tumeurs de la région cervicale, celles surtout qui sont entretenues par le vice scrofuleux. Grâce aux pilules et aux frictions de conicine, ce chirurgien a obtenu dans une dizaine de cas, chez de jeunes personnes scrofuleuses, la disparition de tumeurs sous-maxillaires cancéreuses, contre lesquelles les résolutifs ordinaires avaient échoué.

Parmi les engorgements des organes internes, l'engorgement chronique du corps et du col de l'utérus paraît à M. Devay avoir rencontré une médication efficace dans l'emploi des fruits de ciguë. « Nous avons réduit par ce moyen, dit-il, et en peu de temps, des organes chez lesquels le toucher faisait reconnaître un volume considérable du col et du corps de l'utérus, avec immobilité complète et prolapsus. Ces affections avaient succédé soit à des suites de couches négligées, soit à la ménopause. Mais il est important, ajoute-t-il, d'établir une distinction éminemment pratique entre les diverses espèces d'engorgements de l'utérus. La première forme d'engorgement, et la plus commune, est celle qu'on caractérise assez bien par cette dénomination d'hypertrophie inflammatoire de l'utérus. Dans ce cas, qui succède habituellement aux suites de couches négligées, le tissu de l'organe, augmenté de volume, conserve une certaine mollesse par l'extravasation dans sa substance d'un fluide muqueux, quelquefois d'apparence gélatiniforme. C'est, en un mot, l'engorgement humide des anciens, dénomination à

laquelle ils attachaient un grand sens pratique. C'est à cette forme pathologique que nous nous sommes particulièrement adressé, et c'est contre elle que nous avons obtenu des succès ; mais lorsque le tissu de l'organe est endurci par suite d'une transformation fibro-cartilagineuse, ce qui constitue la seconde forme d'engorgement, il n'y a rien à attendre des préparations indiquées. Nous les avons employées des mois entiers sur une jeune fille chez laquelle nous avions diagnostiqué une affection de ce genre, et nous n'avons obtenu aucun résultat. L'état général de la malade paraissait offrir cependant les conditions les meilleures pour obtenir des effets thérapeutiques : toutes les fonctions étaient saines ; mais la lésion locale, par son volume et son induration, échappait à toute action curative.

« Comme l'expérience a démontré, dit M. Devay, que les chances favorables du traitement médical du cancer sont en raison directe du degré le moins avancé de l'affection, il est important, pour les affections cancéreuses de l'utérus, de savoir si elles peuvent être reconnues dès le début. » Pour notre honorable confrère, la question n'est pas douteuse : des douleurs assez peu intenses et passagères, ou même seulement une sensation de gêne dont les femmes rapportent souvent le siége à l'une ou l'autre région ovarique ou à l'orifice du col de l'utérus, avec des engourdissements le long de la partie antérieure et interne des cuisses, une altération particulière des traits, un commencement de teinte jaune-paille, suffisent pour attirer l'attention vers l'utérus, et l'exploration de cet organe fait reconnaître à la surface du col des indurations pâles, indolentes, semblables à des grains de plomb, peu sensibles à la pression et disséminées irrégulièrement. C'est à cette période, d'après M. Devay, que se trouvent les plus grandes chances d'efficacité d'un traitement rationnellement institué et énergiquement poursuivi. Mêmes remarques pour les maladies du sein. Les tumeurs dites malignes, le squirrhe et le cancer, présentent une période où elles peuvent être attaquées avec le plus de succès par les préparations de ciguë, alors qu'elles présentent un aspect irrégulièrement bosselé, et sont le point de départ d'irradiations douloureuses, s'accompagnant même de lésions de nature semblable dans des parties différentes et même éloignées de celle primitivement affectée. Ce n'est pas ici le lieu de discuter ce que dit M. Devay des caractères que présentent les tumeurs cancéreuses à leur première période : très-contestables au point de vue pathologique, ses assertions peuvent être acceptées provisoirement en thérapeutique, parce que, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la condition du médecin est d'agir, de soulager ou de guérir le malade, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'affection dont il est at-

teint. Qu'on n'aille pas d'ailleurs imaginer que M. Devay recommande cette médication dans tous les cas, sans exception : l'application de cette méthode est subordonnée pour lui à la loi d'opportunité thérapeutique. On ne l'appliquera point à des sujets trop âgés, à ceux qui présentent les symptômes de la cachexie. Lorsque l'économie entière est infectée, que des tumeurs secondaires se forment, que l'anasarque et la fièvre hectique surviennent, dit M. Devay, toute médication qui franchit le degré d'énergie de celle dite palliative a des résultats fâcheux, ou tout au moins négatifs.

Pour donner à nos lecteurs une idée des résultats remarquables que M. Devay a obtenus de l'emploi de ces nouvelles préparations de ciguë, nous empruntons à son travail quelques-unes des observations qu'il y a consignées, en nous élevant, comme il l'a fait lui-même, des engorgements proprement dits aux affections cancéreuses, ou, qu'on nous passe le mot, du simple au composé.

Obs. I. *Engorgement scrofuleux des glandes cervicales datant de neuf mois. Insuffisance des préparations iodurées. Guérison rapide au moyen des préparations des fruits de ciguë.* — Julie Triffet, apprêteuse de tulles, âgée de dix-sept ans, constitution scrofuleuse, nez épaté, mâchoire évasée, teint coloré, peau luisante, etc., portant sur les joues et dans l'intérieur des narines des croûtes d'ecthyma, entre dans le service de M. Devay le 15 juin 1850. Depuis l'âge de huit ans, glandes indurées à l'angle de la mâchoire du côté droit. Depuis deux ans environ, ces tumeurs ont pris un grand accroissement. Actuellement elles ont le volume d'un œuf de pigeon, sont adhérentes, indolores, mais gênent un peu les mouvements d'abaissement de la mâchoire. Glandes sous-maxillaires également tuméfiées, mais peu volumineuses et réunies en chapelet. Cette jeune fille est peu développée pour son âge ; ses règles ont paru deux fois depuis l'âge de quinze ans. Elle a pris longtemps de l'huile de foie de morue et fait des frictions sur les parties malades avec une pommade iodurée.

Du 16 juin au 7 juillet, le traitement suivant fut continué sans interruption : frictions avec une pommade contenant 4 grammes d'iodure de potassium et 8 grammes d'extrait ordinaire de ciguë ; tisane de houblon, quatre cuillerées d'huile de foie de morue ; régime alimentaire substantiel. Pas de changement dans le volume et la consistance des glandes cervicales. Le 8 juillet, elle commença l'usage des pilules n° 1 (semences de ciguë récemment pulvérisées, 1 gramme ; sucre et sirop, q. s. pour 100 pilules de 0,10), deux le matin et deux le soir ; frictions avec la pommade de conicine (éther cicuté provenant de l'épuisement de 100 grammes de fruits de ciguë, et 200 grammes d'axonge récente). Les pilules sont augmentées d'une chaque jour jusqu'au nombre de 12. Le 20, diminution sensible des tumeurs ; appétit augmenté. Frictions trois fois par jour. Le 10 août, pas de trace d'engorgement ; revue un mois après, il n'y avait aucune apparence de la maladie ancienne.

Obs. II. *Engorgement considérable du corps et du col de la matrice avec légère antéversion datant de deux ans et demi. Traitements antérieurs infruc-*

tueux. Guérison par les nouvelles préparations de la ciguë. — Anne Gerbier, cultivatrice, âgée de quarante-deux ans, tempérament lymphatico-sanguin, forte constitution, mère de plusieurs enfants, ayant eu des couches heureuses, mais prenant fort peu de précautions à la suite et se levant presque dès les premiers jours, entre à l'hôpital le 7 février 1850. Depuis un an et demi quelque retard dans la menstruation; elle a commencé à ressentir dès cette époque une sensation de pesanteur dans le bassin. Il y a deux mois, abondante hémorrhagie à la suite de laquelle les symptômes qui persistent se sont augmentés, des crampes douloureuses à la partie interne des cuisses s'y sont jointes.

Le 10 février, l'examen des parties fait constater l'état suivant: col volumineux et dur, porté un peu en arrière; lèvres du museau de tanche entr'ouvertes et boursouflées; corps peu mobile; douleur lorsqu'on cherche à redresser le col. Ce dernier, d'une coloration violacée, a sa cavité bordée de déchirures saignantes, et par son orifice s'écoule un liquide mélangé de sang et de mucosités épaisses. (Tisane de bourgeons de sapin; pilules avec extrait de ciguë, jalap et savon, trois chaque jour; frictions cicutées et iodurées aux plis de l'aine et au-dessus du pubis; repos absolu.)

Le 12 mars, vésicatoire camphré sur la région du sacrum. Ce moyen n'ayant produit, comme les précédents, qu'un amendement insignifiant, M. Devay prescrivit, le 25 mars, 3 pilules n° 1, et frictions avec la pommade de conicine matin et soir. Le 29 mars, suppression de la perte blanche, moins de pesanteur dans le bassin pendant la station debout. Le 5 avril, nouvel examen au spéculum moins douloureux; col diminué de volume, mais porté en arrière (15 pilules n° 1 dans les vingt-quatre heures, par deux à la fois.) Le 15, le nombre des pilules est porté à 20, tant dans la journée que dans le courant de la nuit. Coliques, retour de l'écoulement. Le 19, diminution notable du volume du col, corps plus mobile. Du reste, l'état général s'améliore sensiblement; face plus colorée; la malade peut se promener sans souffrir et sans tiraillements douloureux à la partie interne des cuisses. Le 20, les pilules sont portées à 22. Coliques, céphalalgie. Le 7 mai, l'examen au spéculum montre le col, dont l'orifice est entr'ouvert, peu volumineux, et l'utérus normalement mobile. Le 27, la malade sort parfaitement guérie. Deux mois après, son état était toujours satisfaisant.

Obs. III. *Ulcérations profondes du col de la matrice, avec érosion d'une portion de l'organe, fongosités, métrorrhagies abondantes alternant avec un écoulement blanchâtre fétide; état grave; guérison au bout de quatre mois et demi.* — Françoise Pesselet, passementière, trente-sept ans, tempérament nerveux, constitution profondément détériorée, mauvaise santé depuis son premier accouchement à l'âge de vingt ans, et ayant eu deux fausses couches, entre à l'hôpital le 21 septembre 1850. Règles supprimées, il y a quatre mois, mais deux fortes métrorrhagies à des intervalles irréguliers. Violentes douleurs à la région épigastrique et à la région lombaire. Vomissements le matin, céphalalgie, insomnie, sensation d'une boule remontant de l'estomac jusqu'au cou, teint terreux, jaune-paille, un peu de fièvre le soir. Le 23, examen au toucher : col dévié à gauche, crevassé, dur dans certains points, mou dans d'autres; sensation par le toucher de petites duretés semblables à des grains de maïs. Introduction du spéculum douloureuse et déterminant l'écoulement d'un ichor fétide; deux ulcérations fongueuses sur le col de l'utérus ayant corrodé toute la lèvre supérieure du museau de

tanche, tandis que l'inférieure est hypertrophiée; à la surface quelques petites tumeurs de coloration blanchâtre. Déviation du col à gauche.

Jusqu'au 10 octobre, le traitement consista dans l'emploi des astringents combinés aux toniques, mais sans amélioration. Le 11, 3 pilules de poudre de fruits de ciguë; on augmente progressivement jusqu'au 15 octobre. Dès les premiers jours, diminution des douleurs et tranchées utérines. Le 20, 16 pilules; frictions sur les flancs avec la pommade de conicine. Diminution sensible des pertes. Le 12 novembre, facies meilleur, sommeil; les métrorrhagies ont cessé. (Même traitement.) Le 15, introduction du spéculum moins douloureuse; dégorgement du col opéré en partie; ulcération de la partie supérieure du museau de tanche diminuée; écoulement moins fétide. (Injections avec alcoolé de ciguë.) Le 30 novembre, amélioration progressive et soutenue. Les forces sont revenues. Le 2 décembre, 25 pilules par jour; frictions trois fois par jour. Le 7, l'hémorrhagie utérine reparaît, mais pour vingt-quatre heures seulement. Le 21, amélioration de l'état général et des forces. La malade resta encore à l'hôpital jusqu'au 23 février; il n'existait plus trace à cette époque des lésions antérieures. Au mois d'août suivant, elle était encore bien portante.

Obs. IV. *Bosselures et ulcérations du col de l'utérus; douleurs lancinantes intolérables; hémorrhagies abondantes; amélioration rapide. Guérison.* — Marie Croibier, quarante-deux ans, tempérament lymphatico-nerveux, mère de huit enfants, sujette depuis neuf ou dix ans à des irrégularités menstruelles, entra à l'hôpital le 14 novembre 1850. Depuis une dizaine d'années, cette malade, qui était d'une robuste constitution, est devenue valétudinaire: tiraillements au pli de l'aine, douleurs rachialgiques, lancées utérines. Etat actuel : teint jaune-paille; anémie; nausées; douleurs lancinantes dans la région hypogastrique; perte très-abondante et en nappe depuis six semaines. Au toucher, déformation complète du col, qui semble comme hérissé de tubercules fongueux; corps immobile et retenu par des adhérences. A l'inspection par le spéculum, col élargi, fongueux, recouvert d'ulcérations irrégulières, à fond grisâtre, d'où s'écoule un fluide fétide mal élaboré; une abondante hémorrhagie suit la sortie de l'instrument. (Injections d'eau vinaigrée; tisane de grande consoude, aiguisée avec l'eau de Rabel; potion avec l'ergotine; pilules de cynoglosse.)

Les 24 et 25, la métrorrhagie continuant, mais avec moins d'abondance, quatre pilules n° 1, deux le matin, deux le soir; frictions avec la pommade de conicine. Le 28, repos la nuit. Six pilules, on augmente d'une par jour. Le 14 décembre, la malade, qui prend 20 pilules par jour, éprouve une amélioration sensible; visage coloré, pas d'hémorrhagie. Sous l'influence de ce traitement, la malade semble se régénérer. Le 2 janvier, on constate une amélioration locale, proportionnelle à celle de l'état général. Le 7, métrorrhagie, mais peu abondante. Le 27, la malade se promène. Suspension du traitement; ferrugineux. Le 2 février, elle quitte l'hôpital. Sa santé a été satisfaisante jusqu'à la fin d'octobre. A cette époque, nouvelles métrorrhagies, provoquées par les fatigues d'un travail excessif. Rentrée à l'hôpital en novembre dernier, on constate, par l'exploration la plus minutieuse, que l'utérus et son col sont sains; ce dernier, dont la cavité est entr'ouverte, est un peu plus dur.

Obs. V. *Tumeur squirrheuse du sein; engorgement des glandes axillaires correspondantes; affection datant de onze ans; résolution complète obtenue*

à l'aide des préparations de ciguë. — Louise Ebraz, domestique, vingt-neuf ans, tempérament lymphatico-nerveux, constitution assez forte, entrée à l'Hôtel-Dieu le 4 janvier 1851, porte au sein gauche une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, siégeant au-dessus du mamelon; reste de la glande plus dur qu'à l'ordinaire; outre cela, sous le grand pectoral et jusqu'à la partie supérieure de l'aisselle, chapelet de glandes très-douloureuses et de différents volumes. Après un traitement légèrement antiphlogistique et adoucissant, dirigé contre les symptômes existant du côté de la poitrine, la malade prend, le 12, 3 pilules de ciguë; frictions de conicine sur la tumeur. Le 18, diminution des douleurs, sommeil la nuit. Le 26, grande amélioration, douleurs complétement disparues, tumeur ayant diminué de volume, moins dure (4 pilules de 5 centigrammes de poudre.) Le 7, les tumeurs de l'aisselle sont imperceptibles. Continuation du traitement. Le 2 mars, elle quitte l'hôpital complétement guérie. Revue le 28 juillet, elle n'offrait aucune récidive de son affection.

Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche d'insérer les autres observations rapportées par M. Devay, et qui ne sont pas moins instructives, surtout en fait de tumeurs du sein; et si, dans un cas des plus graves, la malade n'a pas été guérie entièrement après cinq mois de ce traitement, il est incontestable qu'une tumeur énorme du sein près de s'ulcérer, chez une femme de cinquante-six ans, a rétrogradé de la manière la plus évidente, et que des faits de ce genre sont bien de nature à donner de l'espérance, relativement à l'efficacité des nouvelles préparations que M. Devay vient d'introduire dans la thérapeutique. Les observations que nous avons citées suffisent d'ailleurs pour donner une idée de la méthode que suit M. Devay dans l'emploi de ces préparations. Le point capital de cette méthode, c'est, dans tous les cas présentant de la gravité, d'employer simultanément la conicine à l'intérieur et à l'extérieur. L'affection diathésique, si elle existe, doit être circonvenue par le plus de voies possible; ainsi, pour les tumeurs malignes, frictions et pilules à l'intérieur pendant un temps indéterminé. Comme le traitement des affections cancéreuses de la matrice est plus compliqué que celui des simples tumeurs, bien que reposant sur les mêmes fondements, nous croyons utile d'emprunter textuellement au travail de M. Devay la manière dont il procède :

« S'il y a des douleurs excessives, si la sensibilité est trop exagérée, on fait pratiquer matin et soir des injections selon la formule qui a été indiquée dans notre dernier numéro; il est rare de n'en pas obtenir d'amendement. En même temps, la malade prend des pilules n° 2, une le matin et une le soir, en augmentant d'une tous les deux jours, jusqu'à 10 ou 12. Le baume de conicine joue un rôle très-important et est appliqué de deux manières : 1° en frictions à la région ovarique et au pli de l'aine; 2° localement, en introduisant, au moyen du spéculum, des bourdonnets de charpie enduits de la pommade. Il

est bon de les laisser à demeure en retirant doucement le spéculum, tandis qu'avec une tige on refoule les plumasseaux. S'il existe une ulcération trop large, on se borne seulement à l'enduire légèrement avec le baume. Dans tous les cas, ce mode de pansement ne peut être employé que rarement, deux ou trois fois par semaine au plus; une absorption trop considérable de la substance, soit par les surfaces ulcérées, soit par le vagin, serait à craindre. Dans l'intervalle, on se trouvera bien de pratiquer des cautérisations, soit avec le chlorure d'or, soit avec l'acide malique.

« En commençant par les pilules n° 1, on en prendra d'abord une le matin et une autre le soir. On augmentera d'une chaque jour, jusqu'à 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20. Lorsqu'on sera arrivé à ce chiffre, il sera plus commode de prendre les pilules n° 2, la tolérance du remède ayant lieu. On commencera par une le matin, une à midi et une autre le soir. On les élèvera successivement jusqu'à 4, 5, 6, 7, 8, jamais au delà de 10. » (Voir, pour les formules, l'article que nous avons publié page 407.)

M. Devay n'a pas trouvé que ce traitement nécessitât un régime particulier; des aliments substantiels et analeptiques conviennent surtout. Les grands bains ne sont pas à négliger; outre leur effet particulier sur les fonctions de la peau, ils agissent localement sur la production pathologique, et facilitent la désagrégation de ses éléments. Peut-être pourrait-on associer aux préparations de ciguë la salsepareille, dont M. Foltz a signalé récemment les bons effets dans les affections cancéreuses.

Il nous reste à faire connaître les effets physiologiques que M. Devay a observés chez les malades soumis à ces nouvelles préparations. Ces effets physiologiques sont de trois sortes : 1° céphalalgie, lourdeur de tête; 2° coliques; 3° tremblement léger de tout le corps et surtout des membres supérieurs. Ce dernier phénomène n'a été observé que deux fois chez des malades qui étaient arrivés à prendre 6 ou 8 pilules du n° 2; il dénote le premier indice de l'intoxication, et il est prudent alors d'abaisser la dose de plusieurs pilules, sauf à remonter ensuite. La céphalalgie et les coliques sont des symptômes plus fréquemment observés, surtout dès les premières doses du médicament, lorsqu'on est arrivé à la dose de 8 à 10 pilules du n° 1. La céphalalgie est gravative; les coliques sont souvent accompagnées de diarrhée et d'envies fréquentes d'uriner. Ces symptômes n'ont jamais paru à M. Devay assez graves pour enrayer la marche ascendante du traitement; les malades finissent par s'accoutumer au médicament et, arrivés à prendre 15 ou 20 pilules du n° 1, ou 4 du n° 2, ils n'éprouvent plus aucun de ces symptômes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'ENTORSE DU PIED ET DE SON TRAITEMENT PAR L'EAU FROIDE.

Par M. BAUDENS, inspecteur et membre du Conseil de santé des armées.

On ne se préoccupe certainement pas assez des suites que peut avoir une entorse de l'articulation tibio-tarsienne. Si, en général, quand l'entorse est légère, le pronostic n'est pas grave, si l'on voit rapidement la douleur s'apaiser, le gonflement tomber, la rougeur disparaître, l'inflammation cesser et les mouvements articulaires redevenir faciles, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Si, comme cela arrive trop souvent, le traitement a été mal dirigé, si les malades ont été indociles, s'ils ont marché trop tôt, la lésion peut aboutir et elle aboutit en effet quelquefois à une altération assez profonde pour nécessiter l'amputation. A plus forte raison, le pronostic est-il grave si l'entorse est violente, compliquée, si le malade est lymphatique et scrofuleux. Dans ce cas, après quelques jours, le malade se croit guéri, il ne conserve, dit-il, qu'un peu de faiblesse dans le pied. Le soir surtout, quand il a marché plus que d'habitude, il remarque bien autour des malléoles une tuméfaction notable, quelquefois molle, avec œdème, quelquefois plus ferme, quelquefois avec excès de chaleur. Il ne s'en préoccupe pas, parce qu'elle disparaît avec le repos de la nuit. Les premiers mouvements qu'il exécute au saut du lit réveillent encore quelques douleurs ; mais elles ne sont que passagères, elles se dissipent par l'exercice ; d'où il conclut que l'exercice, loin d'être nuisible, est avantageux. Plus tard, la sub-inflammation dont l'articulation tibio-tarsienne est le siége développe peu à peu une hypertrophie des os, avec dépôt dans les parties molles de sécrétions plastiques ; la tuméfaction, de passagère devient permanente, entretenue qu'elle est par la formation d'une tumeur blanche. Viennent ensuite : ramollissement des cartilages ; carie ; suppuration extra et même intra-articulaire ; collections purulentes avec exaspération des phénomènes locaux, avec fièvre, perte d'appétit, privation de sommeil. Les incisions faites pour donner issue au pus des foyers purulents se convertissent en plaies fistuleuses, et tant que les fistules restent ouvertes, les accidents précités se calment pour renaître avec le retour périodique de collections purulentes nouvelles, quand elles se ferment. Ces abcès à éclipses, entretenus par la carie, finissent par épuiser le malade, si bien que l'amputation ne tarde pas à apparaître comme la dernière ressource. La marche des accidents est d'ailleurs très-variable ; elle peut être lente, insidieuse, n'aboutir à l'amputation qu'après plusieurs années. Mais malheur à qui s'endort dans

une sécurité trompeuse et traite avec une légèreté dont il sera la victime toute entorse qui n'aura pas cédé complétement dans le délai d'un mois à six semaines !

On ne saurait trop insister sur le danger des entorses négligées. Si, dans la pratique civile, les chirurgiens ont moins souvent que les chirurgiens militaires l'occasion d'assister à ces terminaisons fâcheuses des entorses, cela tient sans doute à ce que les malades, plus soigneux de leur santé, gardent plus longtemps le repos; cela tient peut-être aussi à ce que les malades ne tardent pas à être perdus de vue, à ce que la maladie se prolongeant ordinairement plusieurs années avant d'avoir épuisé toutes ses phases, le patient conserve rarement jusqu'au bout les mêmes soins, et passe successivement des mains éclairées des chirurgiens dans celles ignorantes et avides des rebouteurs, avant de venir réclamer les secours de l'art dans l'état que nous décrivions il n'y a qu'un instant. Dans la chirurgie militaire, au contraire, soit que les blessés, par défaut de prudence ou par suite des exigences du service, fatiguent trop leur articulation malade, avant comme après le traitement, soit aussi parce que l'observation les suit mieux depuis le début des accidents, rien de plus commun que les amputations pratiquées à la suite d'entorses; et dès 1848, le Conseil d'Etat en faisait la remarque au sujet de l'augmentation qui en résultait dans le chiffre des pensions qui grèvent le Trésor au profit de ces militaires, mis ainsi dans l'impossibilité de pourvoir à leur subsistance. C'est ce qui est pleinement confirmé, du reste, par le relevé statistique de M. Baudens, qui sur 78 amputations de jambe ou du pied en totalité, déduction faite de celles nécessitées par blessures de guerre, en a pratiqué 60 pour des arthrites chroniques consécutives à une entorse.

Ces considérations nous engagent à revenir sur le traitement simple et facile que M. Baudens s'est efforcé de propager par ses écrits et par son enseignement classique, et au sujet duquel il a adressé récemment un mémoire à l'Académie des sciences. On sait que ce traitement consiste dans l'emploi de l'eau froide. C'est sur lui-même, à la suite d'une entorse, à Alger, en 1830, que ce chirurgien a expérimenté pour la première fois l'eau froide continuée pendant plusieurs jours. Jusque-là les auteurs les plus hardis n'en conseillaient la durée que pendant une ou deux heures, encore avec beaucoup de restrictions. M. Baudens en a éprouvé un bien extrême, et depuis lors il l'a employée, dit-il, par centaines de fois avec tant de succès que pas une des entorses ainsi traitées n'a abouti à l'amputation. Sans doute, l'application de l'eau froide au traitement de l'entorse n'est pas chose nouvelle; mais ce qui fait l'originalité de notre méthode, dit ce chirurgien, ce qui nous l'ap-

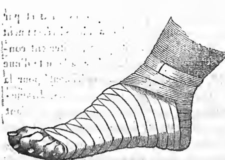
proprie essentiellement, c'est que l'eau froide à elle seule constitue le fond du traitement, c'est la durée pendant laquelle nous nous servons de ce puissant agent, c'est la manière dont nous l'employons, c'est d'avoir écarté les prétendus dangers dont on la dit entourée.

Un mot d'abord sur le mode d'administration et sur les effets du pédiluve froid.

A. *Mode d'administration*. Dès que le malade atteint d'entorse est au lit, on place sur l'un des côtés une grande terrine remplie d'eau froide, élevée sur une chaise à la hauteur voulue. La hauteur doit être calculée de façon que la jambe étant pendante hors du lit, et le talon portant sur le fond du vase, la direction du membre pelvien soit aussi horizontale que possible. Pour cela, il faut que le malade se couche un peu en diagonale, et que la terrine soit maintenue, à l'aide d'une cale, légèrement inclinée. On évite ainsi la compression du mollet par e rebord de ce récipient. Deux autres détails ne doivent pas être perdus de vue. L'un consiste à placer sous le talon, entre lui et le fond du vase, une grosse éponge pour prévenir la pression douloureuse, et maintenir la plante du pied en lui prêtant un point d'appui ; l'autre à soutenir, à l'aide d'un coussin, le côté externe de la cuisse pour l'empêcher de glisser hors du lit.

L'eau de fontaine ou de puits, à la température ordinaire, suffit pour les cas simples. On pourrait, s'il y avait indication, obtenir une température plus basse par l'addition de quelques morceaux de glace. Quand l'eau se réchauffe, on la renouvelle pour la maintenir au degré où le malade en éprouve du soulagement.

Pour peu que l'entorse offre un certain degré de gravité, M. Baudens n'hésite pas à seconder les bons effets du bain froid par une ou plusieurs saignées du bras et par un purgatif salin. Ces moyens généraux disposent toujours admirablement bien le malade à la médication locale.



M. Baudens a également pour habitude d'appliquer sur le pied avant de l'immerger, un bandage légèrement contentif, étendu de la racine des orteils à deux travers de doigt au-dessus des malléoles, et que nous avons représenté dans la figure ci-jointe. Ce bandage a pour effet de fa-

voriser la résolution et de conserver la partie dans un état de fraîcheur permanente, quand le malade vient à retirer le pied de l'eau, soit pour la renouveler, soit, plus tard, pour essayer d'en suspendre l'effet par des tâtonnements indispensables.

Mais le bandage, même légèrement contentif, présente un écueil qu'il faut signaler. Si la tuméfaction continue après son application, s'il exerce une certaine compression, surtout si celle-ci est inégalement répartie, des accidents d'étranglement peuvent survenir, que tout d'abord on pourrait attribuer aux réfrigérants. On enlève la bande, on replonge le pied dans le bain froid, et bientôt tout rentre dans le calme. Aussi l'application de ce bandage doit-elle être faite par le chirurgien lui-même ; et une recommandation qu'il ne faut pas manquer de faire aux malades, c'est de retirer la bande du pied dès qu'ils s'aperçoivent qu'elle comprime assez pour provoquer une douleur même légère, si elle est en même temps permanente.

B. *Effets du bain froid.* La cessation de la douleur est un des premiers effets de l'immersion du pied dans l'eau froide. Ordinairement instantanée, cette sensation se fait néanmoins quelquefois attendre une ou deux heures. Un fait incontestable pour nous, ajoute M. Baudens, c'est que jamais la douleur n'augmente sous l'empire des réfrigérants, tant que ceux-ci ne soutirent que du calorique morbide. Il est même à remarquer que, dès la première nuit, les malades goûtent un sommeil paisible. Arrêté dans son évolution sous l'influence du froid, le gonflement, stationnaire d'abord, rétrograde bientôt, ainsi que la chaleur et la rougeur, qui disparaissent graduellement.

Vers le quatrième jour, le pied immergé est blanc, plissé comme la main d'une blanchisseuse. Cette blancheur contraste avec une teinte noire prononcée péri-articulaire, formée par du sang épanché. Ce sang, délayé avec l'eau absorbée par voie d'endosmose, s'infiltre des parties profondes vers le tissu cellulaire sous-cutané, remonte plus ou moins haut à la partie postérieure de la jambe, en se décolorant de plus en plus, jusqu'à ce que l'absorption l'ait fait rentrer en totalité dans le torrent circulatoire. Comme effet général, la réfrigération localise l'inflammation traumatique là où elle s'est produite, elle l'enchaîne sur place, l'isole de l'ensemble de l'économie, si bien que la plupart des malades atteints d'entorses arrivent à guérison, sans avoir éprouvé le moindre mouvement fébrile et sans trouble fonctionnel.

Malgré les résultats si éminemment favorables qu'il a eus entre les mains de son auteur, ce traitement a soulevé des objections assez graves que M. Baudens a examinées et réfutées dans son nouveau travail. On a dit que le froid donne lieu à de fâcheuses répercussions chez les

personnes nerveuses ou à poitrine délicate, ou disposées à la phthisie, et chez les femmes menstruées ou sur le point de l'être ; que jugé opportun pour combattre l'entorse à son début, le froid pourrait plus tard être dangereux, quand l'inflammation a eu le temps de se développer ; que l'eau froide occasionne une douleur très-vive pendant la première heure qui suit son application ; qu'enfin son emploi prolongé peut déterminer la gangrène.

Rien de moins fondé que ces craintes concernant les répercussions chez les personnes nerveuses ou à poitrine délicate, ou disposées à la phthisie, et chez les femmes menstruées ou sur le point de l'être. Le froid n'expose à aucun danger, tant qu'il se borne à soustraire le calorique morbide à l'exclusion du calorique normal. Or, la preuve qu'il y a excès de chaleur, c'est que les malades atteints d'entorse et dont le pied plonge dans un bain d'eau froide, tout aussi bien que ceux dont les membres atteints de lésion traumatique sont frappés à la glace, déclarent éprouver une vive sensation de chaleur tempérée par le froid, il est vrai, mais néanmoins plus forte encore dans le membre soumis à son action que dans celui qui lui est soustrait.

C'est une grande erreur aussi de croire que le froid ne convient qu'au début d'une entorse ; je compte par centaines, dit M. Baudens, les cas où je l'ai appliqué après plusieurs jours d'invasion, et même dans l'entorse chronique. Toutes les fois qu'il y avait du calorique morbide à soustraire, j'y ai eu recours, et toujours le succès a répondu à mon attente; ce qui n'empêche pas de dire que le moment le plus rapproché de l'accident doit toujours être préféré, attendu que le temps perdu porte préjudice et que s'opposer, dès l'origine, au développement des accidents traumatiques, c'est abréger d'autant la durée du traitement.

Il n'est pas exact qu'une vive douleur se produise et se prolonge pendant les premières heures de l'immersion du pied dans le bain froid. D'ailleurs, si l'on redoute l'impression brusque des réfrigérants, il est facile d'abaisser la température graduellement et de se ménager ainsi une douce transition. Reste une objection plus grave, celle qui a trait à la possibilité de la gangrène. Nul doute que si après avoir épuisé la source du calorique morbide, on continuait l'action du froid, des effets de congélation susceptibles d'aller jusqu'au sphacèle ne tarderaient pas à se manifester. La question de la durée de l'application domine donc tout le traitement. Rien d'arrêté à l'avance, rien d'absolu à cet égard, dit M. Baudens; la durée est subordonnée à l'intensité du foyer traumatique. L'eau froide doit être continuée tant qu'il y a du feu à éteindre, tant que le calorique morbide se renouvelle et jusqu'à

ce qu'il n'y ait plus que du calorique normal. Le malade reconnaît qu'il y a encore du calorique morbide à la sensation agréable, bienfaisante, que lui procure le froid. Il juge, à ne pas s'y méprendre, que le froid agit sur du calorique normal, quand au sentiment de bien-être, de soulagement, succède celui d'un refroidissement désagréable d'abord, douloureux ensuite. Dès ce moment, le pied cesse de conserver un excès de chaleur, sa température a baissé. Comparée à celle du pied opposé, elle est moins élevée.

Le moment est venu de supprimer le froid, dont la prolongation varie, d'ailleurs, on le conçoit, en raison du degré de gravité de l'entorse. Est-elle légère? une durée de quarante-huit heures, rarement moins, suffira. Est-elle grave? une durée de huit jours et même plus pourra être exigée. Est-elle compliquée de fracture? l'eau froide devenue insuffisante devra être remplacée par la glace, avec ou sans sel marin, selon le degré de la lésion. Nous disons aux malades : *Tant que vous éprouvez de l'eau froide du bien-être, persistez.* Seuls ils sont juges de la durée de l'immersion. Leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne les trompent jamais. Quand on présume que l'eau froide a fait son temps, on la supprime graduellement. On place sur le lit une toile cirée, sur laquelle le malade met son pied retiré de l'eau, tout prêt à l'y plonger de nouveau, et par intervalles, à la moindre apparence de réaction inflammatoire. En résumé, sur trente-neuf individus affectés d'entorse, traités par M. Baudens, dans le premier semestre de 1850, six ont conservé le pied dans l'eau cinq jours de suite et sans discontinuer, quatre sept jours, sept huit jours, cinq neuf jours, huit dix jours, trois onze jours, quatre douze jours, un quatorze, et un quinze jours.

C'est en établissant ainsi la distinction entre le calorique morbide et le calorique normal, dit en terminant M. Baudens, que nous avons pu traiter, depuis vingt-deux ans, nous l'avons dit, des centaines d'entorses, sans jamais avoir eu à déplorer un seul cas de gangrène, même partielle, et avec des succès si constants que ce remède nous paraît infaillible dans ce cas, comme pour toutes les lésions qui ont pour origine une lésion traumatique. Nous devons toutefois prémunir les praticiens contre un écueil possible. Il arrive que des malades, pris parmi ceux surtout qui se soumettent au traitement par le froid non sans une certaine appréhension, prolongent outre mesure la durée de l'immersion, uniquement parce qu'ils en ont obtenu des effets salutaires sur lesquels ils ne comptaient pas. On reconnaît aux indices suivants que la limite thérapeutique du froid a été franchie : au bien-être jusque-là éprouvé, à la disparition graduelle de la douleur, du gonflement,

de la rougeur, de la chaleur du pied actuellement décoloré, couvert de rides profondes dues à la macération, et conservant encore une chaleur à peu près normale, succède le retour de la douleur et de la tuméfaction, avec la disparition des rides ; la peau tendue se couvre d'une teinte rouge brun marbré, vergeté ; le pied privé de sa chaleur naturelle, devient froid, glacé, sans ressort, lourd comme du plomb. Dès la première apparition de ces symptômes, le praticien se préoccupera fortement du danger possible de la congélation. Ces phénomènes précurseurs de la gangrène, bon nombre de soldats dont les pieds avaient séjourné plusieurs jours dans des boues glaciales, nous les ont offerts au siége de Constantine. Le retour de la douleur et de la tuméfaction pourrait faire croire à une réaction inflammatoire. On pourrait inférer de là que l'eau froide n'étant pas assez active, il convient d'y ajouter de la glace. Cet écueil, le praticien l'évitera sûrement en se rappelant que l'un des principaux signes de l'inflammation, la chaleur, fait ici complétement défaut, et qu'elle est remplacée par un froid local de glace. Loin d'augmenter la puissance du froid, il renoncera immédiatement à cette médication. Le pied devra être sur-le-champ retiré de l'eau. Exposé à l'air, il se réchauffera graduellement ; on l'enveloppera de compresses trempées dans une décoction de têtes de pavot et de fleurs de sureau tiède, et au bout de quelques heures tout danger sera dissipé, tout sera rentré dans l'état normal.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LA SEMENCE DE DIGITALE.

L'étude de la localisation des principes actifs dans les divers organes des plantes est fort incomplète; et cependant, ce point d'histoire naturelle médicale serait bien important à connaître pour le thérapeutiste. Jusqu'à présent, c'est à peine si l'on a fait attention aux semences végétales, comme agents thérapeutiques. Or, on peut soupçonner, d'après d'anciennes indications oubliées, mais que de récents travaux remettent en mémoire, que, dans beaucoup de plantes, le principe actif alcaloïdique est dans un état de condensation bien plus grand dans la graine que dans les autres organes. Les semences de colchique, de stramoine, de jusquiame, et sans doute celles de toutes les solanées jouissent d'une activité supérieure à celle du reste de ces plantes. Récemment, un chimiste allemand, M. Buchner, dans l'examen qu'il a fait de la graine de digitale, l'a trouvée très-riche en digitaline. Cepen-

dant, on ne pourrait généraliser sans s'exposer à des mécomptes. On connaît, en effet, l'innocuité de la graine de pavot.

Dans la matière médicale chinoise, les semences jouent un assez grand rôle.

La graine de digitale pourprée, selon M. Buchner, soumise à une température d'environ 164° Fahrenheit, perd 9 pour 100 par dessiccation ; les capsules sont très-légèrement hygroscopiques, et perdent à peine 4 pour 100 dans les mêmes circonstances. L'auteur a préparé, avec les semences et les capsules, des extraits éthérés et aqueux ; et voici les résultats auxquels l'a conduit leur examen.

Les graines de digitale sont préférables aux feuilles, attendu qu'elles renferment une plus grande proportion de digitaline mêlée à une huile fixe ; qu'elles sont moins sujettes à être confondues ou récoltées à une époque défavorable ; qu'elles sont plus faciles à sécher et à préserver de toute altération ; enfin, qu'on peut avoir plus de confiance en elles.

La digitaline est renfermée dans le composé huileux que l'on obtient facilement en traitant la graine par l'éther ; celui-ci mérite donc une sérieuse attention au point de vue thérapeutique, car il se prête aisément à toutes les formes pharmaceutiques qu'on peut vouloir lui donner, telles que : émulsions, poudres, pilules, etc.

Les capsules et le calice de la digitale contiennent également de la digitaline, mais en quantité proportionnellement beaucoup plus petite, si bien que le tannate de digitaline, que l'on peut obtenir des extraits aqueux, est comparativement comme 3,000 et 0,33 du poids des graines et des capsules.

Cette quantité séparée de la graine par l'action de l'eau bouillante ne forme pas la totalité de la digitaline ; car, ainsi que les substances résineuses, elle est soluble tout à la fois dans l'alcool et dans les huiles, et elle est partiellement combinée avec l'huile fixe de la graine.

L'huile contenant la digitaline, que l'on extrait par l'éther, s'élève à environ 40 pour 100 du poids de la graine ; elle est siccative. Outre cette huile, l'éther extrait un composé résineux plus lourd que l'eau, tandis que l'huile est plus légère.

FORMULE ET MODE DE PRÉPARATION DU SIROP DE TÉRÉBENTHINE.

M. le professeur Trousseau emploie fréquemment le sirop de térébenthine contre le catarrhe chronique de la vessie et du poumon, contre les suppurations anciennes abondantes, etc. Mais les ouvrages ne donnant pas sa formule, il n'obtient pas toujours, dans les pharmacies, la préparation qu'il entend prescrire.

Voici la formule que, d'après les indications que lui a fournies le docteur Trousseau, M. Dorvault publie, en recommandant à ses confrères de la suivre, comme étant plus rationnelle et fournissant un produit préférable, à tous égards, à celui des deux formules qu'il donne dans son ouvrage *l'Officine.*

Térébenthine au citron........... 100 grammes.
Eau........................ 375 grammes.

Faites digérer pendant deux jours, en ayant soin d'agiter fréquemment ; puis faites un sirop à la manière de celui de baume de Tolu, en ajoutant :

Sucre blanc.................... 750 grammes.

Ce sirop renferme, outre les principes résineux, sur la nature desquels on n'est pas bien fixé, de 1/100 à 1/60 de son poids d'essence de térébenthine.

Il est limpide, d'une odeur aromatique très-suave et d'une saveur très-agréable ; il peut être employé pur, ou servir à édulcorer des tisanes appropriées.

Dose : de une à plusieurs cuillerées à soupe par jour.

RÉACTIF POUR LE DOSAGE DE L'URÉE DANS LES URINES.

Ce dosage de l'urée a une grande importance au point de vue de la médecine pathologique ; car la proportion de ce principe constituant de l'urine est fort variable selon les maladies. M. Liébig vient de faire connaître un moyen prompt et facile d'effectuer ce dosage.

On commence par préparer une dissolution de nitrate de mercure bien neutre dans l'eau distillée, de manière à obtenir une liqueur normale et titrée que l'on réserve à part. Puis, quand on veut examiner une urine au point de vue de la proportion d'urée qu'elle renferme, on y verse peu à peu cette liqueur normale jusqu'à cessation de précipité. La quantité de liqueur normale qu'il a fallu dépenser pour arriver à ce terme donne, jusqu'à un certain point, la mesure de la proportion d'urée. Il y a, toutefois, une attention à avoir : le précipité qui se forme est composé, ainsi que l'a vu M. Liebig, de 1 équivalent d'urée, 1 équivalent d'acide nitrique, et 3 équivalents de bioxyde de mercure; d'où il résulte que, pour chaque équivalent d'urée précipité dans le composé nouveau, il doit y avoir, et il y a en effet, 3 équivalents d'acide nitrique qui deviennent libres dans la liqueur. Or, la présence de cet acide libre forme un obstacle sérieux à la formation ultérieure du nitrate, si bien qu'au moment où ce précipité cesse de se former, il y a encore beaucoup d'urée qui n'est pas entrée dans la combinaison nouvelle, et qu'on ne peut précipiter à son tour qu'après

avoir saturé l'acide libre. On le fait à l'aide de l'eau de baryte, qu'on verse progressivement, en ayant soin de ne pas dépasser le terme de la saturation. On peut alors ajouter une nouvelle quantité de liqueur normale pour obtenir un nouveau précipité; et c'est ainsi que, par des additions successives de liqueur normale et d'eau de baryte, on arrive à précipiter la totalité de l'urée contenue dans l'urine. C'est alors que la quantité de liqueur normale fournit une mesure suffisamment exacte de la proportion d'urée. D.

MOYEN FACILE DE CONSERVER LE PROTO-IODURE DE FER A L'ÉTAT DE PROTOSEL.

Chacun sait avec quelle facilité le proto-iodure de fer s'altère, même étant renfermé dans des flacons bien bouchés; aussi la plupart des pharmaciens ont-ils adopté avec empressement les formules publiées par M. Dupasquier (de Lyon), et heureusement modifiées par M. Boudet.

Ces formules, quoique très-utiles, puisqu'elles donnent constamment des préparations contenant l'iodure à l'état de protosel, ne répondent cependant pas toujours à tous les besoins, ou plutôt ne sont pas toujours d'une exécution tellement commode que l'on ne doive dans certains cas chercher à les remplacer. Pour faire des pilules, par exemple, on est obligé de faire évaporer la solution d'iodure de fer en consistance convenable et au moment même où on en a besoin; quoique cette manipulation soit des plus faciles, elle n'en est cependant pas moins incommode.

Je crois donc utile de publier le moyen par lequel je conserve à l'état sec le proto-iodure de fer, sans qu'il éprouve la moindre altération. Voici comment je procède :

Après avoir préparé l'iodure de fer selon la formule du Codex, avec la légère modification conseillée par M. Mialhe, et qui consiste à ajouter à la solution concentrée d'iodure de fer de la tournure de fer bien décapée, à évaporer la liqueur jusqu'à ce qu'une goutte déposée sur un corps froid s'y prenne en masse, à couler l'iodure sur une plaque de verre ou de faïence; après, dis-je, avoir ainsi préparé cet iodure, je le renferme dans des flacons à large ouverture, et je le recouvre d'une couche épaisse de fer réduit par l'hydrogène. Lorsque je veux l'employer, j'enlève, soit à l'aide d'un couteau ou d'une carte disposée en corne, soit à l'aide d'une brosse, le fer réduit qui pourrait y adhérer.

J'ai de l'iodure ainsi conservé depuis six mois, et dont la solution dans l'eau distillée est aussi peu colorée que le jour même de sa préparation. LECOCQ.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

L'AMAUROSE N'EST POINT UN SYMPTÔME INITIAL DE L'ALBUMINURIE.

M. Landouzy, de Reims, présenta à l'Académie de médecine, en 1849, un Mémoire dans lequel il cherchait à établir que l'amaurose était un symptôme presque constant de l'albuminurie, qu'elle annonce la maladie comme symptôme initial, avant l'apparition des autres symptômes, et que son existence porte à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire.

En rendant compte de ce Mémoire, vous fîtes sentir combien il serait important que l'assertion de M. Landouzy se vérifiât; toutefois, en présence du silence qu'ont gardé, relativement à ce signe, les nombreux observateurs qui se sont déjà occupés de la maladie de Bright, vous vous demandâtes si le professeur de Reims ne serait pas tombé sur des cas exceptionnels.

Comme les faits peuvent seuls résoudre ces doutes, je crois devoir vous adresser une observation d'albuminurie dans laquelle l'amaurose ne s'est présentée que lorsque la maladie était déjà arrivée à un très-haut degré de gravité. Toutefois, cette observation présente ceci de remarquable, qu'après avoir été complète pendant un certain temps, la cécité a diminué ensuite graduellement sous l'influence des moyens employés, de manière à permettre à la malade de reconnaître les objets qui l'entouraient; et que cette amélioration a persisté, bien que les forces aient baissé de jour en jour.

Dans le courant de décembre 1851, on amena dans mon cabinet la nommée Marie Barthez, âgée de vingt-trois ans, demeurant rue des Carmes, n° 27. Cette fille, petite de taille, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution qui paraissait robuste, à en juger par le volume de ses membres, exerçait la profession de domestique. Bien nourrie chez ses maîtres, elle donnait seulement pour cause à sa maladie l'humidité du lieu dans lequel elle couchait. Depuis quelque temps elle était devenue pâle, sa figure s'était œdématiée; de l'œdème s'était également montré sur le dos des pieds, autour des malléoles, sur le dos des mains. Le travail le moins pénible la fatiguait; elle ne pouvait monter un escalier sans avoir la respiration gênée. Les règles continuaient à se montrer comme d'habitude, le sang paraissait, toutefois, en être moins riche. La malade n'accusait rien du côté de la vue.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux n'ayant pu m'éclairer sur la cause des phénomènes que m'offrait cette malade, je la

priai de m'apporter, le lendemain, une certaine quantité de son urine. Lorsqu'elle me fut apportée, cette urine était claire, de couleur paille; elle précipita abondamment à l'aide de l'acide nitrique. — Je prescrivis des pilules de Vallet, une alimentation tonique, la tisane de racine de raifort sauvage, et je recommandai de recouvrir la malade de flanelle.

Je n'avais plus revu Marie Barthez, lorsque, environ un mois après, dans le courant de janvier dernier, sa mère vint me chercher, me disant que sa fille était dans un état très-grave.

En effet, la malade avait complétement perdu la vue depuis la veille; les pupilles étaient dilatées, complétement insensibles à la lumière; la parole était embarrassée; l'ouïe était très-dure; l'intelligence obtuse. Quoique, depuis mon premier examen, l'état de la malade eût été en empirant de jour en jour, néanmoins ces derniers symptômes s'étaient montrés brusquement.

Du reste, l'infiltration avait fait de grands progrès : les jambes et les cuisses étaient fortement enflées; le ventre offrait tous les signes d'un épanchement considérable; l'œdème s'étendait au tronc, aux joues, au dos des mains. Le teint était jaune-paille, les lèvres pâles, décolorées. Les battements du cœur étaient fréquents, sourds, tumultueux, toutefois sans bruit de souffle, pas plus que dans les carotides. La respiration était difficile, possible seulement dans la station assise; de temps en temps il y avait des accès d'étouffement. Les urines étaient rares, peu colorées, déposant fortement par l'acide nitrique. La langue était pâle, humide, large. Les aliments solides étaient rejetés par le vomissement immédiatement après leur ingestion; il en était de même des liquides, lorsqu'ils étaient pris en trop grande quantité à la fois. (Vésicatoires à la nuque et aux deux bras; tisane de racine de raifort sauvage, avec : oxymel scillitique, 60 grammes sur 500 grammes de tisane; bouillon à petites doses fréquemment répétées; vin; de cinq en cinq heures une pilule composée de calomel, jalap, scammonée, gomme-gutte, de chaque 5 centigrammes.)

Trois jours après, la parole, l'intelligence, l'ouïe étaient libres, mais l'amaurose persistait.

(La tisane fut supprimée, parce qu'elle ne pouvait plus être supportée. Afin de ne pas trop affaiblir la malade par le grand nombre des selles, on ne donna plus par jour que deux des pilules purgatives. Deux cuillerées de vin scillitique dans la journée.)

Ce traitement, continué pendant quelques jours, amena une amélioration très-prononcée; toutefois, la malade distinguait à peine le jour de la nuit.

Vers le milieu de février, un mois environ depuis le commencement du traitement, les règles se montrèrent pendant quatre jours. A leur suite, la maladie s'aggrava ; la dyspnée devint plus grande ; l'infiltration augmenta. (Le vin scillitique fut continué. Je fis donner trois doses par jour d'un mélange composé de carbonate de fer, 50 centigrammes, et de 5 centigrammes de poudre de digitale. (Toujours alimentation tonique graduée suivant la susceptibilité de l'estomac.)

Sous l'influence de ces prescriptions, l'infiltration parut diminuer; mais, chose plus remarquable, la malade remarqua, de jour en jour, que sa vue s'améliorait, et enfin, vers le milieu de mars, elle pouvait reconnaître les personnes qui venaient la voir.

Les règles reparurent dans le mois de mars et, comme lors de leur apparition dans le mois de février, quoique peu abondantes, elles eurent un effet fâcheux. Après leur apparition, en effet, les fonctions digestives furent troublées ; et dès lors, jusqu'à l'époque de sa mort, qui arriva dans les premiers jours d'avril, environ vingt jours après, Marie Barthez ne put supporter que du lait frappé de glace. Toutefois, pendant ces vingt jours, l'amélioration obtenue du côté de la vision persista, et jusqu'à sa mort, la malade continua à pouvoir reconnaître les personnes qui l'entouraient.

En résumé, chez Marie Barthez, l'amaurose s'est montrée en même temps que la difficulté de la parole, de l'ouïe et l'abolition presque complète de l'intelligence. Mais, sous l'influence du traitement, ces dernières lésions ont bien vite disparu ; l'amaurose seule, après être restée stationnaire pendant un certain temps, a ensuite diminué graduellement. Il faut remarquer de plus que, quoique dans les derniers vingt jours de l'existence les forces aient été de plus en plus en diminuant, l'amélioration obtenue du côté de la vision et des fonctions cérébrales a persisté.

Quelle est donc la valeur de l'amaurose comme symptôme de l'albuminurie? Son existence prouve-t-elle que cette maladie provient d'une lésion primitive du système nerveux ganglionnaire? Du fait que je viens de rapporter il me semble qu'on doit conclure que l'amaurose ne prouve pas plus dans cette maladie que la dyspnée, le trouble des fonctions digestives..... symptômes qui, quoique liés à une perturbation nerveuse provenant de la détérioration graduelle de l'économie, sont néanmoins suffisamment expliqués par l'existence d'un épanchement dans les diverses cavités séreuses.

P. Rivière, D. M.
à Carcassonne (Aude).

DU CATHÉTÉRISME DANS LES CAS DIFFICILES.

Parmi les causes de rétention d'urine, il n'en est aucune qui soit plus fréquente et plus grave que l'engorgement ou l'hypertrophie de la prostate. La partie moyenne de cet organe devenant saillante forme, l'orifice vésical de l'urètre une sorte de valvule ou de soupape quià lors de la contraction de la vessie, s'applique contre l'orifice de son col et en bouche mécaniquement l'ouverture. Tous les efforts de contraction sont alors inutiles pour expulser l'urine, et celle-ci, en s'accumulant, peut donner lieu à des accidents redoutables. On a vu dans ce cas survenir rapidement la rupture des parois vésicales, et par suite un épanchement mortel dans la cavité du péritoine.

D'autres fois, et le plus souvent, la distension de la vessie, arrivée à un certain degré, amène une dilatation de son col, ce qui permet la sortie du surplus de l'urine; c'est là ce qu'on appelle uriner par regorgement. Cet état ne peut toutefois persister longtemps sans amener de graves désordres dans les voies urinaires supérieures; aussi la rétention d'urine due à l'engorgement de la prostate, qu'elle soit complète ou incomplète, est-elle une des affections qui réclament le plus impérieusement le cathétérisme. Mais dans ces circonstances, et par les procédés ordinaires, dit M. Maisonneuve, le cathétérisme présente souvent de grandes difficultés.

En s'hypertrophiant, en effet, la prostate imprime à la portion du canal contenu dans son intérieur une déviation telle, qu'au lieu d'une courbe régulière, il présente un coude brusque, résultant de ce que sa portion la plus rapprochée de la vessie prend une direction presque verticale. Si, dans un canal ainsi dévié, on cherche à introduire une sonde métallique à courbure ordinaire, le bec de cette sonde s'arrête inévitablement au point où le canal change de direction; alors, pour peu qu'on exerce de violences, l'instrument déchire la membrane muqueuse et laboure l'intérieur de la prostate en y formant une fausse route.

Les praticiens les plus habiles ne sont pas à l'abri de pareils accidents. Qu'est-ce donc, quand l'opérateur n'a point une expérience consommée!...

Placé pendant plusieurs années, dit M. Maisonneuve, à la tête d'un grand hôpital, où les affections des voies urinaires sont extrêmement communes, j'ai vu souvent de ces cas difficiles, et j'ai été témoin de nombreux accidents produits par l'inexpérience des élèves. C'est à cette époque que j'eus l'idée d'un mode de cathétérisme qui, simple dans son exécution, permet aux mains les plus inhabiles de sonder aussi bien que les plus grands maîtres, et cela sans craindre de produire aucun accident.

Ce procédé est basé sur ce fait : qu'une bougie fine et flexible, terminée par une petite olive, pénètre toujours avec facilité dans un urètre libre, quelles que soient les déviations qu'il présente. En effet, l'extrémité mousse et flexible de l'instrument se prête à toutes les sinuosités du canal, et parvient toujours à pénétrer dans la vessie, sans que le chirurgien ait autre chose à faire que de pousser l'instrument avec lenteur. Quand, par hasard, la pointe mousse vient à s'arrêter momentanément dans le cul de sac d'une déviation trop brusque, la flexibilité de l'instrument met à l'abri de toute crainte de fausse route, et permet à celui-ci de se recourber dans le canal pour en suivre les inflexions, de sorte qu'avec un peu de tâtonnement, on est toujours sûr d'arriver dans la vessie. — Du moment qu'une bougie a pénétré, on s'en sert comme d'un conducteur pour diriger la sonde qui doit donner issue à l'urine.

L'appareil employé à cet effet se compose :

D'une bougie F, — d'un fil, — et d'une sonde G.

La bougie (nº 9) a 3 millimètres environ de diamètre ; elle est souple et terminée par un bout olivaire. A son extrémité supérieure est fixé le fil qui doit être très-fort, et avoir trois fois la longueur de la bougie. — Ce fil est à son extrémité libre muni d'un bouton ainsi qu'on le voit sur la figure ci-dessus.

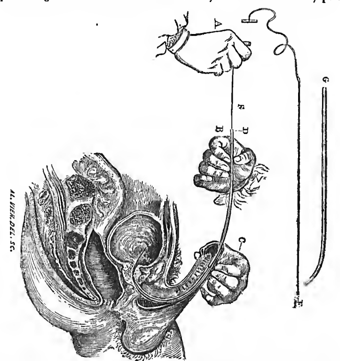
La sonde, de six millimètres et demi de diamètre (n. 20), est en tissu élastique très-souple, courbe et percée à ses deux extrémités.

Disposition de l'appareil. — Au moment de se servir de cet appareil, on le dispose de la manière suivante : la bougie, armée de son fil, est introduite par l'extrémité supérieure de la sonde et en est retirée par l'extrémité inférieure, de sorte que le fil entraîné avec elle se trouve introduit dans le calibre de la sonde.

Premier temps. — Introduction de la bougie F. — Le malade étant couché horizontalement sur le dos, les cuisses écartées, le chirurgien, placé comme pour l'opération ordinaire du cathétérisme, saisit de la main gauche la verge du malade, et de la main droite introduit dans l'urètre la bougie olivaire F. — Cette introduction doit être faite avec lenteur. Elle ne rencontre ordinairement aucun obstacle jusqu'au niveau de la prostate ; mais à ce point du canal, la bougie éprouve parfois un moment d'arrêt. Il faut alors un peu de tâtonnement et une légère pression pour la faire pénétrer dans la vessie. On saura qu'on est arrivé dans cet organe lorsque la bougie tout entière est introduite dans le canal, et qu'elle y joue librement.

Deuxième temps. — Introduction de la sonde G. — Quand la bougie est introduite, on confie au malade ou à un aide le bouton A fixé

à l'extrémité du fil E, lequel doit être tenu dans un état de tension légère. Le chirurgien, alors, soutenant de nouveau la verge du malade avec la main gauche C, saisit de la main droite tenue en supination, la sonde D qu'il fait glisser doucement de haut en bas, sur le fil d'abord, puis



sur la bougie, qui sert ainsi de mandrin conducteur, et par une pression douce la fait glisser lentement jusque dans la vessie. Cette dernière partie de l'opération est toujours d'une extrême simplicité.

Nous ajouterons, pour notre part, que nous avons eu l'occasion plusieurs fois d'user dans notre pratique de l'ingénieux procédé de M. Maisonneuve, et qu'il nous a réussi dans plusieurs circonstances où tous les autres moyens avaient échoué. Aussi croyons-nous rendre un service réel aux praticiens en les mettant à même d'en faire l'expérience.

Docteur ALEXIS FAVROT.

RÉSULTAT INATTENDU DE L'EMPLOI DU CARBONATE DE MAGNÉSIE.

Voici un fait qui m'a paru assez curieux pour vous être communiqué : Il y a environ cinq mois, je fus consulté par une grosse fille d'un de nos villages, pour une gastralgie s'accompagnant de pyrosis. Elle me

dit avoir déjà employé, d'après les conseils de divers médecins, plusieurs remèdes, dont les uns avaient laissé son mal sans le moindre changement, et les autres n'avaient procuré qu'un soulagement momentané. Ces remèdes étaient des gouttes, des pilules, des potions; mais sur ma demande si elle avait déjà pris une poudre blanche, elle me répondit négativement, et je lui prescrivis le carbonate de magnésie. Quoique, à vrai dire, je ne m'attendisse pas à retirer de ce remède un meilleur résultat que celui obtenu par mes confrères, à cause d'une mauvaise habitude de la malade, que trahissait la forte odeur alcoolique qu'elle répandait autour d'elle.

Lorsqu'elle tendit la main pour prendre la prescription, je fus frappé de la grande quantité de verrues dont cette main était parsemée. Il y en avait de tous les calibres, mais en quantité innombrable.

Deux mois après, ma paysanne revint me dire que mon remède n'avait pas mieux opéré que les autres; mais qu'elle ne regrettait nullement de l'avoir pris, *puisqu'il l'avait débarrassée des vilaines verrues qui auparavant lui défiguraient les mains.* Rendu attentif par cette observation, je ne fus pas longtemps sans vérifier l'assertion de cette femme, et j'employai le même moyen, à la dose d'une cuillerée à café matin et soir, chez une demoiselle qui portait quelques-unes de ces végétations.

Je vis en effet, après quinze jours d'usage de la poudre magnésienne, les verrues s'aplatir, devenir plus petites, sécher, se fendiller et se détacher par pièces; de sorte qu'après un usage continué pendant un mois ou cinq semaines elles avaient disparu sans laisser la moindre trace.

Je me propose d'expérimenter plus largement l'emploi du même médicament, et j'aurai soin de vous tenir au courant des résultats que j'obtiendrai. E. LAMBERT, doct. méd.

à Haguenau (Bas-Rhin).

CAS D'HÉMORRHAGIE NASALE, SURVENUE PENDANT LA CONVALESCENCE D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE, ARRÊTÉE PAR LA COMPRESSION DIRECTE DES AILES DU NEZ.

Dans son article sur les meilleurs moyens hémostatiques contre l'épistaxis, se plaçant au point de vue des difficultés que la pratique offre souvent dans la médecine rurale, M. Reveillé-Parise nous signale les procédés qui lui ont le mieux réussi dans ces circonstances. Permettez-moi de venir, à mon tour, en rappeler un plus simple encore; c'est la pression directe des ailes du nez, que les enfants exercent d'eux-mêmes,

lorsqu'ils sont pris d'épistaxis. Le sang retenu, par l'occlusion des narines, dans la cavité des fosses nasales, s'y coagule et forme ainsi une sorte de tampon naturel qui vient tarir l'exsudation sanguine à sa source. Ce procédé aurait-il le même succès lorsque la maladie a altéré la plasticité du sang? Ne pourrait-on, dans ces cas, remplacer l'action du caillot par celle d'un tampon d'amadou? C'est aux faits de répondre. Les occasions d'apprécier la valeur de moyens thérapeutiques de ce genre ne sont jamais rares.

Voici le résultat de ma première expérimentation. Un jeune homme, convalescent d'une fièvre typhoïde grave, fut pris d'une épistaxis tellement abondante que sa vie fut de nouveau mise en danger. Sous l'influence des moyens employés par les personnes qui l'entouraient, l'hémorrhagie s'arrêta, mais pour reparaître à diverses reprises pendant deux jours. Au bout de ce temps l'écoulement du sang reparut moins abondant, mais plus continu, en raison de la défibrination du fluide. Mandé alors près du malade, je le fis mettre au lit, dans la position assise, recommandant l'aération de la chambre, l'application sur la tête de compresses trempées dans l'eau froide, tandis que l'on promènerait des sinapismes sur les membres inférieurs. Pour boisson, j'ordonnai du petit-lait additionné d'alun. Lorsque je revis le malade, l'hémorrhagie persistait. Craignant pour le malade les résultats d'une perte de sang d'une plus longue durée, je voulus pratiquer le tamponnement. N'ayant sous la main qu'un peu d'amadou, j'introduisis dans les narines des morceaux de cette substance roulés en forme de cônes. L'écoulement diminua, mais sans s'arrêter toutefois. Je songeai alors à ajouter à leur action la compression des ailes du nez, que je fis exercer par le malade à l'aide de la pulpe de ses doigts. Après dix minutes, l'hémorrhagie cessant, afin de prévenir tout nouvel écoulement, je remplaçai la pression des doigts par celle d'une pince faite avec une baguette de bois vert, fendue par le milieu. Ce procédé eut un plein succès, et j'eus la satisfaction de voir dès lors l'hémorrhagie cesser d'une manière définitive.

DUMAS,
à Dammartin.

DE LA COMPRESSION DE LA CAROTIDE COMME MOYEN D'ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES NASALES.—NOUVEAU FAIT DE RÉDUCTION DE LA LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, PAR LE PROCÉDÉ DE M. NÉLATON.

Les moyens hémostatiques dont M. Reveillé-Parise a mis la valeur en relief dans l'intéressant article publié dans ce journal (pag. 308), sont-ils exempts des reproches que ce savant confrère oppose au procédé formulé par Bellocq? Nous ne le pensons pas : emploi de corps

étrangers qui irritent la muqueuse nasale et forcent le malade à respirer par la bouche, etc. Ce n'est pas une note critique que je prétends vous adresser; mais, comme les moyens que recommande M. Reveillé-Parise exigent des ressources matérielles qui manquent quelquefois, je crois faire chose utile en rappelant à nos confrères un procédé facile, qui en maintes occasions m'a rendu des services signalés : je veux parler de la compression de l'artère carotide du côté où le sang coule, compression dont vous avez cité plusieurs exemples, vol. XXX, p. 57 et 477. A ces observations, dont deux appartiennent à ma pratique, je pourrais en ajouter bon nombre d'autres. Les deux suivantes suffiront à mon but.

Obs. Ire.— Denys (Emile), demeurant à Cherbourg, rue de l'Egalité, est atteint pendant la nuit d'une épistaxis du côté droit. Le lendemain, à cinq heures du soir, malgré tous les moyens employés communément, l'épistaxis persiste. On m'appelle : j'exerce la compression de l'artère carotide droite, et après dix minutes le sang s'arrête définitivement.

Obs. II.— Une dame de cinquante-cinq ans, demeurant à Cherbourg, rue au Blé, me fit appeler, il y a six mois, vers sept heures du soir, pour une épistaxis qui coulait depuis midi. La compression de la carotide gauche suspendit l'hémorrhagie, après cinq minutes de compression.

Obs. III.— M..., tailleur, demeurant à Cherbourg, quai du Bassin, fut, il y a cinq ans, atteint d'une fièvre typhoïde très-grave; des épistaxis eurent lieu, très-abondantes et très-renouvelées. J'eus recours à la compression de l'artère carotide. Suspension de l'hémorrhagie, qui reparut trois jours après, pour disparaître totalement à la suite d'une nouvelle compression.

Voilà donc un procédé d'une application facile : ni douleurs, ni éternuements, ni vomissements, par conséquent aucune cause pour augmenter ou rappeler l'hémorrhagie. Puis l'instrument compresseur est toujours avec l'opérateur.

Je vous adresse aussi un *nouveau fait de réduction d'une luxation de la mâchoire inférieure, d'après le procédé de M. Nélaton.* Cette observation est d'autant plus précieuse, que le sujet, éprouvant cet accident pour la troisième fois, a pu comparer les deux procédés et a reconnu la supériorité du procédé nouveau. A ce sujet, je me suis demandé si c'était réellement la pression exercée par les pouces sur les dents molaires qui déterminait dans l'ancien procédé la réduction de la luxation. Cette réduction n'est-elle point due à ce que, l'introduction des pouces entourés de liége nécessitant un plus grand écartement

des mâchoires, les apophyses coronoïdes se trouvent dégagées ou plutôt décrochées, et la réduction s'opère alors facilement par le refoulement exercé par les pouces à la base de ces apophyses; au lieu que, dans le nouveau mode, ce refoulement a lieu par le sommet? Je pose cette question sans la résoudre, les occasions ne se rencontrant pas fréquemment de le faire.

Voici cette observation :

Mme Le Cavelier, âgée de quarante-quatre ans, demeurant à Viraudeville, a déjà été atteinte deux fois de luxation de la mâchoire inférieure. Elles ont été réduites par l'ancien procédé, et la réduction a été, dit-elle, longue et douloureuse. Le 3 janvier 1851, ayant éprouvé un besoin de bâiller, elle y satisfit, mais ne put refermer la bouche : une luxation s'était produite. Elle vint à ma consultation. La réduction par le nouveau procédé a été tellement rapide et facile, que la malade s'écria : *Tiens, déjà! C'était bien plus difficile les deux premières fois.*

C. Gibon, D. M.
à Cherbourg.

NOUVELLE OBSERVATION DE LUXATION DU GENOU.

Le petit nombre de faits de luxation de l'articulation du genou consignés dans les annales de la science m'engage à vous en adresser un nouveau cas; ce sera d'ailleurs l'occasion de rappeler les bons effets de l'emploi topique de la décoction de quinquina et de ratanhia, sur lesquels j'ai appelé récemment l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*. (Voir tome XLI, page 401.)

Obs. Le 23 avril dernier, un de nos amis, M. R. de Charges, voulant s'élancer de voiture pour arrêter son cheval emporté, tomba sur le côté d'une hauteur de deux mètres au plus. La jambe gauche supporta tout le poids du corps, et la chute fut tellement oblique et forte qu'une luxation complète de l'articulation fémoro-tibiale en fut le résultat. Le condyle interne du tibia avait glissé derrière le condyle correspondant du fémur. Le membre était raccourci de 5 à 6 centimètres, et la jambe décrivait avec la cuisse un arc de cercle. Le genou gauche, par suite de ce déplacement, était trois fois plus gros que le droit, et le traumatisme tellement considérable qu'en quelques minutes la cuisse avait doublé de volume; résultat de l'épanchement qui s'étendait jusqu'à la région fessière.

Nous arrivâmes une heure après l'accident et procédâmes immédiatement à la réduction. Un aide retenant la cuisse, notre main gauche fortement appuyée au-dessus du genou, et repoussant le fémur, la droite étreignant le bas de la jambe, qui n'avait que le volume de

l'autre, par un effort de traction énergique nous fûmes assez heureux pour opérer la réduction presque sans douleur. Cette réduction fut annoncée par un craquement cinq à six fois plus fort que pour la réduction de la tête de l'humérus. Le soulagement du malade fut immédiat.

Quoique les mouvements articulaires pussent dès lors s'exécuter sans grande souffrance, la tuméfaction étant très-grande, nous avions à craindre des accidents inflammatoires toujours très-graves dans ces cas. Le jour même, nous résolûmes d'employer la décoction de quinquina et de ratanhia autour du genou, et sur la cuisse profondément ecchymosée, nous l'avons dit. Ces ecchymoses formaient des cordons du volume du bras, et s'étendaient jusqu'aux muscles fessiers. La jambe n'était guère plus volumineuse que l'autre, et parfaitement droite, car il n'existait aucune fracture ; aussi la flexion et l'extension s'opéraient sans crépitation, sans douleur. Il n'y avait de douleur et de craquement qu'entre les condyles externes du fémur et du tibia, dont les ligaments distendus et déchirés étaient tuméfiés, ainsi que toute cette région latérale externe. C'est là qu'existait le plus de sensibilité à la pression et dans les mouvements.

Malgré un si grand désordre, les symptômes inflammatoires étaient peu apparents, et sans réaction fébrile, grâce à la prompte réduction de la luxation, grâce aussi à la force physique et morale de notre malade. Après deux ou trois jours du seul emploi de la décoction, nous vîmes commencer la résolution de l'épanchement sanguin du membre. Pour éviter l'ankylose, si fréquente par suite de l'immobilité du membre (comme nous en avons observé un cas dernièrement chez une enfant de six ans), nous fîmes, matin et soir, exécuter à la jambe de légers mouvements d'extension et de flexion.

Après trois semaines de l'usage de la décoction, la résolution des engorgements était complète ; la tuméfaction du genou était moindre de plus de moitié. Les ligaments, relâchés les premiers jours regagnaient insensiblement leur force et leur élasticité, en perdant de leur engorgement et de leur allongement. Les mouvements étaient alors faciles, sans douleur, sauf les craquements de l'articulation, qui devenaient, aussi, de plus en plus rares. La jambe légèrement tuméfiée, et qui avait été entourée d'un bandage roulé, également arrosé de la décoction, était parfaitement droite et de la longueur de l'autre ; les ligaments latéraux seuls étaient toujours engorgés et douloureux à la pression. Nous fîmes, en conséquence, garder encore un repos absolu de vingt jours.

Au bout de ce temps, la guérison était à peu près complète, sau

toutefois un peu de tuméfaction dans le genou et de faiblesse dans les ligaments ; mais le résultat était tellement satisfaisant, que nous espérions avec le temps et de la prudence prévenir toute espèce de claudication, inévitable pourtant à la suite d'une luxation aussi grave ; et nous nous applaudissions d'un tel succès, quand deux chutes successives, quelques imprudences de régime et d'exercice, faites malheureusement trop tôt, firent perdre en quelques jours le fruit de cette réussite.

La tuméfaction du genou reparut et persista ; les ligaments tiraillés, distendus et relâchés, n'eurent plus ni la même force ni la même élasticité. Ces accidents, légers en apparence, puisqu'ils ne déterminèrent aucune douleur, suffirent pour maintenir le gonflement, et ramener dans la portion externe de l'articulation assez de faiblesse pour faire dévier la jambe en dedans, et nous engagèrent à placer le genou dans un appareil dextriné.

Malgré ces fâcheuses circonstances, l'action topique de la décoction de quinquina rouge et de ratanhia a été incontestable, et nous ne pensons pas qu'un résultat aussi favorable eût été obtenu en si peu de temps par tout autre moyen.

D[r] Paris,
A Gray (Haute-Saône).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Douleurs très-vives consécutives à un zona et persistant encore quatre mois après sa terminaison ; guérison par la cautérisation transcurrente loco dolenti. — On est supris, lorsqu'on lit les auteurs, du peu d'attention qu'ils ont accordée aux douleurs qui persistent souvent après le zona. Le fait est que ces douleurs, par leur intensité et aussi par leur persistance, forcent le plus ordinairement les malades à réclamer les secours de l'art ; et, il faut bien le dire, les moyens avec lesquels on combat habituellement le phénomène douleur, les calmants, les narcotiques, échouent fort souvent ; de sorte qu'on est obligé d'en venir aux vésicatoires soit simples, soit saupoudrés de morphine. Grâce à ce dernier moyen, on réussit, en général, avec du temps et de la patience, à les voir disparaître ; il est des cas cependant dans lesquels ce dernier moyen échoue, et dans lesquels, par conséquent, on est conduit à se demander si l'on ne pourrait pas combattre ces douleurs qui, par leur forme, se rapprochent à beaucoup d'égards des douleurs névralgiques, par la cautérisation transcurrente qui a été employée dans ces derniers temps avec tant de succès par M. Valleix dans le traitement des névralgies anciennes et rebelles. Nous avons été témoin,

dans le service de M. le professeur Requin, à l'Hôtel-Dieu, d'un fait qui nous porte à croire que, dans les cas de douleurs persistantes et consécutives au zona, on pourrait essayer la cautérisation transcurrente avec quelques chances de succès. Voici ce fait :

Le 29 avril dernier, est entrée à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Martine, nº 18) une femme de soixante ans, qui avait eu, au mois de janvier précédent, et par conséquent près de quatre mois auparavant, un zona sur la moitié droite du thorax. Partant de la colonne vertébrale, l'éruption occupait l'épaule droite, le creux axillaire, la région mammaire du même côté, et se terminait au sternum. La malade avait, dit-elle, de larges plaques rouges, d'où s'élevaient des boutons rassemblés par groupes. Elle éprouvait en même temps de vives douleurs, une sensation de brûlure. L'éruption et les croûtes qui lui succédèrent avaient disparu complétement au bout de six semaines; mais les douleurs persistèrent, et ce sont elles qui amenaient la malade à l'hôpital.

Les douleurs étaient continuelles, mais avec des exacerbations fréquentes, pendant lesquelles cette femme ressentait des élancements insupportables. Elles variaient de siége et occupaient successivement tous les points qui avaient été envahis par le zona ; jamais elles ne sortaient des limites où cette affection avait été circonscrite. Souvent la malade était éveillée la nuit par ces douleurs; elle perdait l'appétit, maigrissait sensiblement et ne pouvait se livrer à aucune occupation sérieuse. La pression, même légère, éveillait des douleurs excessives sur le sein, dans le creux axillaire et à l'épaule, au-dessous de l'épine de l'omoplate. On trouvait encore dans l'aisselle quelques traces de l'affection primitive. Des frictions laudanisées avaient été prescrites, mais elles étaient restées complétement inutiles.

L'intensité et la persistance de ces douleurs firent penser à M. le professeur Requin qu'on échouerait avec les médications banales et peu énergiques. En conséquence, le lendemain de son entrée à l'hôpital, après l'avoir préalablement endormie avec le chloroforme, il pratiqua immédiatement au-dessous de l'aisselle et du sein, sur les points les plus douloureux, quatre ou cinq raies de feu, en suivant la direction des côtes. La cautérisation fut tout à fait superficielle.

Pendant trois jours la malade n'accusa d'autres douleurs que celles produites par les plaies résultant de la cautérisation, douleurs qu'elle distinguait parfaitement de celles qu'elle éprouvait auparavant. Le quatrième jour, elle ressentit quelques élancements qui lui firent craindre le retour de ses souffrances ; mais ces élancements ne se reproduisirent que deux ou trois fois dans la journée et furent très-passagers. Le cinquième jour, elle ne souffrait nullement ; le sixième, elle eut encore

deux accès, de cinq minutes environ, pendant lesquels elle éprouva de vifs élancements.

Cette malade a quitté l'hôpital vers le 20 mai. Les douleurs névralgiques ne s'étaient pas reproduites ; les plaies résultant de la cautérisation étaient en partie cicatrisées ; le sein était un peu douloureux au toucher. Maintenant les douleurs reparaîtront-elles ? Il est permis d'espérer que non ; néanmoins, nous ne saurions l'affirmer d'une manière absolue ; car chez une autre malade, présentant les mêmes accidents et par la même cause, seulement à une époque plus rapprochée du zona, un mois seulement, nous avons vu M. Requin échouer avec ce moyen, et les douleurs reparaître avec la même intensité vers le quatrième ou le cinquième jour qui a suivi la cautérisation. Peut-être cependant serait-on autorisé à considérer comme donnant de plus grandes espérances le long temps qui s'est écoulé, chez la première malade, entre le moment où la cautérisation a été pratiquée et celui où cette femme a quitté l'hôpital, n'offrant pas encore de récidive.

Bronchite chronique avec accès d'asthme, traitée avec succès par la solution d'acide arsénieux. — Dans la série d'articles que nous avons publiés il y a quelque temps sur la médication arsenicale, nous avons signalé l'application que l'on pouvait en faire au traitement du catarrhe pulmonaire, et nous avons rapporté un fait des plus curieux, consigné par M. Garin dans le Journal de médecine de Lyon. Sans considérer, à beaucoup près, ce traitement de la bronchite chronique comme certain dans ses effets, nous disions à cette époque que, dans le catarrhe chronique simple et dans quelques accidents de la phthisie pulmonaire, l'acide arsénieux nous paraissait pouvoir être employé avec quelques chances de succès. Nous trouvons aujourd'hui dans le mémoire de M. le docteur Massart, sur l'emploi des préparations arsenicales en thérapeutique, mémoire que la Société de médecine de Lyon a couronné dans le concours ouvert sur cette importante question, un fait qui, sans être aussi concluant que celui de M. Garin, nous paraît cependant venir à l'appui de ce que nous disions des bons effets possibles de la médication arsenicale dans la bronchite chronique. Nous le consignons ici, tout en faisant nos réserves contre une généralisation trop grande d'un pareil traitement, et tout en mettant en garde nos confrères contre la possibilité d'accidents à la suite de l'emploi d'un agent thérapeutique aussi actif ; mais nous comprendrions difficilement qu'on se refusât cependant à en faire usage dans des cas semblables à celui de M. Garin, c'est-à-dire lorsque les traitements les plus variés ont été employés sans succès. Voici le fait de M. Massart.

Le nommé Bouchard, journalier, âgé de quarante-sept ans, est atteint d'un catarrhe pulmonaire si ancien, qu'il en rapporte le commencement à l'époque de sa vie passée à l'armée. Cette affection bronchique, acquise dans un service de nuit, ne l'a jamais quitté ; elle décroît l'été dans son expression symptomatique, sans aller toutefois jusqu'à se suspendre au complet, et pendant l'automne et au printemps elle s'exaspère ordinairement, ou bien elle est exaspérée parfois par la survenance d'un catarrhe aigu. Depuis cinq ou six ans environ, la toux se montre sous la forme de quintes, et la dyspnée habituelle s'exagère par accès, dont le nombre annuel ne dépasse pas celui de six à sept. Bouchard continue néanmoins de se livrer à ses occupations laborieuses. Il a une constitution originairement bonne, mais détériorée par les fatigues et les privations, et devenue phlegmatique ; il habite une localité basse, humide, et située sur les bords d'un cours d'eau, rendue le plus souvent stagnante par les écluses d'un moulin, circonstances fâcheuses, qui ne font que maintenir et entretenir son catarrhe et ses conséquences.

Au mois de décembre 1848, appelé près de lui pour le soulager d'un accès d'asthme et d'une toux quinteuse dont la fréquence le fatiguait pendant le jour et lui enlevait le sommeil pendant la nuit, M. Massart lui administra l'extrait de belladone pendant un mois, et le vin de quinquina Calysaya, durant le même temps, en vue d'un affaiblissement notable de tout l'organisme. Quoiqu'il eût élevé la dose d'extrait jusqu'à 30 centigrammes en vingt-quatre heures, et qu'il eût prolongé son usage, il n'obtint qu'une amélioration peu sensible. Sur la fin de ce traitement, Bouchard, quoique incommodé encore, mais pressé par le besoin, alla travailler à la campagne, et M. Massart le perdit de vue.

Dans les premiers jours de mai 1849, ce médecin donnait des soins à sa femme, affectée d'une tumeur blanche de nature rhumatismale ; ce qui lui offrit l'occasion de revoir son homme : il continuait à se plaindre de sa toux et de sa dyspnée, qu'il trouvait plus intense que d'ordinaire. Son expectoration était la même ; à la percussion et à l'auscultation, on constatait la sonorité de la poitrine, du râle muqueux et de l'emphysème, surtout à droite ; pas de points engoués, pas de tubercules ; cœur normal ; organes abdominaux sains. Ce cas parut à M. Massart fournir une occasion favorable d'essayer l'arsenic. En conséquence, il proposa au malade de lui fournir un remède qui le guérirait, ce qu'il accepta avec joie ; et le 20 mai, il lui livrait 3 centigrammes d'acide arsénieux, dissous dans 150 grammes d'eau distillée, et une petite fiole vide entourée d'une bande horizontale de

papier rouge, qui indiquait un poids de 5 grammes du soluté, montant juste au niveau de son bord supérieur. Le malade devait prendre 5 grammes de soluté par jour, en deux fois, moitié matin et soir, doubler cette dose à partir du onzième jour et la diviser en deux prises, et consommer ainsi, par 10 grammes en vingt-quatre heures, le reste du contenu de la fiole; cette administration devait se faire toujours deux heures après ou avant toute ingestion d'aliments. Aucun autre moyen médicamenteux quelconque ne fut adjoint à l'acide arsénieux.

La première prise arsénieuse fut donnée le 21 mai, et la dernière le 9 juin. Le malade n'est venu apporter de ses nouvelles à M. Massart que le 17 juin, c'est-à-dire après une interruption de huit jours dans l'administration de ce remède; il lui rapporta qu'il avait éprouvé une amélioration sensible dans la toux, dans la dyspnée, et dans l'expectoration à partir du huitième jour du traitement; que ce changement favorable s'était développé en continuant l'acide arsénieux ; que le 21, la toux était rare, les crachats en petit nombre, l'asthme très-léger (les mauvaises conditions hygiéniques du passé demeurant les mêmes pendant tout le temps de l'administration du médicament), et que jamais il n'avait observé une pareille diminution de ces trois circonstances pathologiques.

Cette amélioration rapide et remarquable, dit M. Massart, s'est maintenue pendant les huit jours qui viennent de s'écouler, malgré l'absence du moyen thérapeutique; aujourd'hui 17 juin, je la constate telle que le malade l'avance. Encouragé par ce commencement de succès, et pensant qu'on peut le compléter, je lui donne, au moment où j'écris ces lignes, une nouvelle solution de 150 grammes; je lui recommande de prendre d'abord 5 grammes de soluté tous les quatre jours, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à 20 grammes par jour, dose à laquelle il se maintiendra jusqu'à nouvel ordre. On répartira, comme précédemment, chaque quantité quotidienne de solution en plusieurs prises, savoir : 5 grammes en deux prises, 10 grammes en deux, 15 en trois, et 20 en quatre.

Cancer ulcéré du sein, accompagné de douleurs très-vives ; bons effets des mélanges réfrigérants. — Nous avons été des premiers à appeler l'attention sur les bons effets que l'on peut attendre des mélanges réfrigérants dans le traitement des cancers et principalement des cancers ulcérés, sinon pour obtenir la résolution de cette grave maladie, au moins pour en ralentir les progrès, et surtout pour calmer les douleurs atroces auxquelles elle donne lieu dans beaucoup de cas. On sait que ces mélanges réfrigérants, dont l'idée appartient à un mé-

decin anglais, M. Arnott, sont d'un emploi très-facile : il suffit de mélanger, par portions égales, du sel de cuisine et de la glace en très-petits morceaux, et de mettre le tout dans une gaze, puis d'appliquer ce mélange pendant quelques minutes pour obtenir l'anesthésie et, par conséquent, la cessation complète des douleurs les plus atroces. Nous trouvons tous les jours, dans les journaux anglais, des faits très-remarquables cités à l'appui de cette pratique : ainsi M. Shaw a rapporté celui d'une vieille femme affectée, depuis un an, d'un cancer de la mamelle qui avait fait les progrès les plus rapides et qui avait entraîné une ulcération profonde. Ce cancer donnait lieu de temps en temps à des douleurs effrayantes par leur intensité. Le mélange réfrigérant fut essayé chez cette femme, avec des résultats si favorables, qu'elle demandait elle-même avec instance qu'on revînt à ces applications dès qu'elle était reprise de ses douleurs. De même M. Tyler Smith est parvenu à calmer, par le même moyen, les douleurs atroces causées par un cancer utérin.

Ces faits, et d'autres encore que nous pourrions citer, nous font vivement regretter que cette pratique ne se soit pas naturalisée en France. L'application du froid au traitement du cancer ulcéré n'est pas, d'ailleurs, une chose aussi nouvelle qu'on peut le penser, et nous nous rappelons un vieux praticien de province qui faisait appliquer sur les ulcérations cancéreuses des tranches de pain trempées dans l'eau froide et renouvelées de temps en temps, réalisant ainsi de véritables cataplasmes froids, avec lesquels nous l'avons vu calmer les douleurs les plus vives, et, dans certains cas, transformer, en quelque sorte, l'aspect d'ulcérations cancéreuses de la plus mauvaise nature. Sans doute, le mélange réfrigérant de M. Arnott est bien autrement puissant que ces applications froides ; mais nous croyons utile de faire une remarque qui sera comprise de tous ceux qui ont employé le froid dans le traitement des maladies : il est des personnes d'une susceptibilité et d'une sensibilité excessives, qui supportent mal le froid, et surtout le froid porté jusqu'à une température voisine de la congélation, comme cela aurait lieu avec les mélanges de M. Arnott, si leur application n'était pas très-courte. Chez ces personnes, le froid détermine une sensation de douleur et d'agacement que ne compense pas, à beaucoup près, le soulagement qui vient après. C'est chez ces dernières qu'on devrait se contenter des applications d'eau fraîche ou froide, et réserver les mélanges réfrigérants pour celles dont la sensibilité est moins vive à l'action de ce précieux agent.

De la valeur de l'amputation des amygdales pendant le cours d'une angine tonsillaire aiguë. — Jusqu'ici on n'avait jamais proposé l'amputation des amygdales que pour remédier à l'hypertrophie chronique de ces appareils folliculaires, et ce n'est donc pas sans surprise que nous avons entendu récemment un chirurgien distingué des hôpitaux soutenir, devant la Société médicale du deuxième arrondissement, non-seulement que cette opération pouvait être faite sans aucun inconvénient pendant le cours d'une inflammation aiguë, mais que, pratiquée par lui, en peu de temps, chez quinze malades, elle n'avait eu que des résultats avantageux. Avec la plupart des membres de la Société, nous avons peine à nous expliquer, nous l'avouons, quelle peut être l'utilité de cette opération employée pour faire cesser une inflammation simple dont les amygdales sont le siége et dont quelques gargarismes auraient facilement raison. N'est-ce pas, comme on l'a dit avec raison, substituer une inflammation traumatique profonde à une plus superficielle d'une très-courte durée, de sorte que pour le malade tout le bénéfice consiste à avoir un organe de moins et une opération douloureuse de plus ? Nous avons, en outre, quelques doutes relativement à la facilité que peut rencontrer une pareille opération. Dans beaucoup de circonstances, les malades ont peine à entr'ouvrir assez largement la bouche pour qu'on puisse examiner avec facilité le fond de la gorge ; à plus forte raison serait-il difficile d'écarter suffisamment les mâchoires pour pouvoir manœuvrer les instruments.

Il y a plus, c'est que, avec M. Gendrin, nous conservons plus que des doutes sur l'utilité, et à plus forte raison sur l'indispensabilité de cette opération, et cela non-seulement pour les cas d'inflammation aiguë superficielle ou profonde, mais encore pour les hypertrophies elles-mêmes. Chez les enfants, chez lesquels ces hypertrophies sont plus communes, on les voit cesser ordinairement d'elles-mêmes, a dit M. Gendrin, aux approches de la puberté. Nous ajouterons que les partisans de l'opération eux-mêmes, et M. Guersant en particulier, n'ont jamais nié la possibilité de guérir ces hypertrophies sans opération, mais que seulement ils ont mis en relief la longueur du traitement que cette cure nécessite, et l'indocilité des enfants qui ne s'y prêtent guère. Nous n'ajouterons plus qu'un mot, c'est que cette opération ne met pas, à beaucoup près, à l'abri des récidives, et il nous serait facile de citer des cas dans lesquels il a fallu y avoir recours trois et quatre fois. Cela prouve suffisamment, au moins nous le croyons, que l'amygdalotomie devrait être employée avec plus de réserve qu'elle ne l'est aujourd'hui, et que l'on devrait s'attacher davantage à combattre les causes sous l'influence desquelles s'opère l'hypertrophie de ces appareils folliculaires.

VARIÉTÉS.

En annonçant dernièrement la suppression du concours pour la nomination aux places de professeurs, nous ne cachions pas le regret que nous causait cette mesure. Il nous semblait qu'une institution qui avait rendu d'aussi grands services ne pouvait périr entièrement, et que si, à certains égards, elle était susceptible de recevoir quelques heureuses modifications, son principe était encore le seul qui pût donner au gouvernement et aux intéressés les garanties les plus sérieuses. Nous voyons avec plaisir que si le concours n'est pas rétabli pour les professeurs, il n'est pas au moins aboli pour l'agrégation ; car le *Moniteur* annonce qu'un concours sera ouvert le 6 décembre prochain pour la nomination de douze agrégés : cinq pour la section de médecine, quatre pour la section de clinique, trois pour la section des services accessoires. D'un autre côté, si nous sommes bien informés, il paraît sûr que la Faculté aurait été saisie, par M. Orfila, d'une proposition ayant pour but, dans le cas où la Faculté serait appelée à présenter une liste de candidats, de désigner une Commission devant laquelle les aspirants aux charges vacantes, par la démission des deux professeurs démissionnaires, seraient tenus de se présenter et de faire l'exposition de leurs travaux et de leurs titres. Si, comme tout le fait espérer, cette proposition était adoptée, le concours serait rétabli sinon de nom, au moins en réalité; seulement, le jugement, au lieu de porter sur des épreuves improvisées, trop souvent livrées au hasard, s'établirait sur des titres sérieux, sûrement pesés et appréciés. Dans les circonstances actuelles, il me semble que l'on ne saurait rien demander de plus ni de mieux.

On a souvent évalué à 20, à 24,000 le nombre des médecins en France. Eh bien ! un document officiel, le budget des recettes, établit de la manière suivante le chiffre des patentables qui appartiennent à la profession médicale proprement dite : 168 docteurs en chirurgie, 10,971 docteurs en médecine, 4,522 officiers de santé, 411 chirurgiens-dentistes, total 16,072 personnes exerçant la médecine et payant l'impôt de la patente. Or, si au chiffre indiqué par le budget on ajoute celui des médecins de l'armée, qui ne s'élève pas à 1,000, on n'arrive qu'à un total de 17,000 praticiens en France, ou 1 médecin pour un peu plus de 2,000 habitants, si la répartition égale des médecins et des malades était possible et praticable. Il résulte également du relevé public au budget, que chacune de ces classes de patentés paye, en moyenne, sur une valeur locative de 339 fr. pour les docteurs en chirurgie, de 407 francs pour les docteurs en médecine, de 168 fr. pour les officiers de santé, de 666 fr. pour les chirurgiens-dentistes; tandis que si l'on en excepte les dentistes, la valeur locative est bien supérieure pour les avoués, les avocats, les notaires, les agréés, les architectes et autres professions libérales. Rien ne prouve mieux combien est général l'état de malaise et de souffrance du corps médical, et combien y ajoute l'impôt si lourd de la patente.

Cette grave affaire de la falsification du cidre avec un sel de plomb, qui a causé dans ces derniers temps une vive émotion par les cas nombreux d'empoisonnement qui en ont été la conséquence et dont quelques-uns ont été suivis de mort, vient de se terminer par la condamnation de cinq brasseurs à plusieurs mois de prison et à de fortes amendes. Trois d'entre eux ont en outre été condamnés à des dommages-intérêts de 24,050 fr. pour un d'eux, de 2,500 fr. pour le second, et de 1,500 fr. pour le troisième.

M. le docteur Ricord vient de recevoir la décoration de l'ordre de Léopold de Belgique. La manière flatteuse dont notre aimable et savant confrère a reçu cette distinction ajoute encore au prix de cette faveur. Le roi Léopold a gracieusement prié M. Ricord de venir recevoir de ses mains, à Bruxelles, les insignes de la décoration, et dans quelques paroles extrêmement honorables pour notre compatriote, ce prince a exprimé tout le plaisir qu'il éprouvait à payer sa dette à la science française.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUARANTE-DEUXIÈME VOLUME.

D.

E.

G.

H.

I.

FIN DE LA TABLE DU TOME QUARANTE-DEUXIÈME.



TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
(Boulevard extérieur de Paris.)